

DELLA  
PERDITA INVOLONTARIA D'ORINA  
PER  
**FISTOLA GENITO-ORINARIA**

CONSIDERAZIONI E PROPOSTA DI CURA

DA  
**SCIPIONE GIORDANO**

Professore Onorario dell'Università  
e Membro di parecchie Società Scientifiche Nazionali e Straniera

~~~~~  
Prezzo Ital. Lire 2.  
~~~~~

**TORINO**  
STABILIMENTO CIVELLI  
1868.



PROVINCIA DI TORINO  
BIBLIOTECA

Legato **Anselmi**

OA. - b

590



DELLA  
PERDITA INVOLONTARIA D'ORINA  
PER  
**FISTOLA GENITO-ORINARIA**

CONSIDERAZIONI E PROPOSTA DI CURA

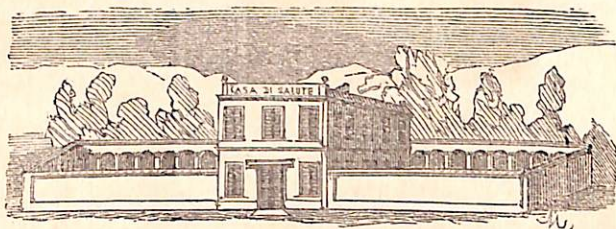
DA  
**SCIPIONE GIORDANO**

PROFESSORE ONORARIO DELL'UNIVERSITÀ

E MEMBRO DI PARECCHIE SOCIETÀ SCIENTIFICHE NAZIONALI E STRANIERE

Sol dell'Arte ho paura  
Quando, orgogliosa in toga,  
La Sapiente Natura  
D'adottorar s'arroga.

GIUSTI.



**TORINO**  
**STABILIMENTO CIVELLI**  
1868.



---

Posto sotto la tutela della legge sulla Proprietà Letteraria.

---



## AL LETTORE

---

*Scrivendo queste pagine sulla fistola-genito-urinaria, oltre a mettere in commercio qualche idea nuova, che mi sembra buona, intorno ad una delle più brutte miserie di questa nostra razza bipede, ho mirato eziandio a porre in evidenza, per quanto da me dipendea, la parte presa dagl' Italiani in questo, come in tutti gli altri argomenti dello Scibile Medico-Chirurgico.*

*È codesto un tributo ch'io pago a quel principio di unità e di fratellanza, che, quantunque proceda soverchiamente lento in alcune sfere, deve però essere un fatto compiuto per noi, classe più colta, già iniziatrice di Congressi ora non più, fortunatamente, necessari.*

*È anche un dovere di restituzione, imperocchè io sento il debito di ringraziar moltissimi miei Colleghi dell'accoglienza fatta ad altri miei lavori e segnatamente il Dottor Pasquali di Roma, il quale a proposito di una recente teoria germanica rivendicò spontaneo la priorità de' miei pensieri sulla trombosi e sull'embolo nella febbre puerperale, pubblicati fin dal 1858.*

*Così io desidero poter ringraziar pure il Dottor Fletwood Churcill di Edimburgo e i suoi traduttori di Parigi, quando piacerà loro, in una novella edizione del Trattato sulle malattie delle donne, di correggere due gravi errori, nei quali incorsero a mio riguardo.*

*Il primo si riferisce al mio pessario a molla esistente, col mio nome, nel Museo della Società Ostetrica di Londra, che si trova disegnato e descritto col nome di un Sig. Pertusio, di Torino!*

*L'altro è un'opinione, affatto opposta alla mia, sulla indole della febbre puerperale, intorno alla quale io son notato, nel libro del Sig. Churcill, come partigiano della sua natura tifoidea.*

*Il primo è verisimilmente un equivoco di cosa e di persona. Non fu scritto al tempo della guerra degli Stati Uniti, che il generale Potomac aveva passato il fiume Grant? . . . Dell' altro invece non saprei darvi ragione, se non ricorrendo al modo, con cui si suole scrivere la storia.*

*Mi perdoni il Lettore, se l'ho intrattenuto di questioni mie, molto piccole a petto delle Europee. Ma poichè la pubblicità fa incontrare ad uno scrittore qualche rischio, non esclusa la lode che può dargli i fumi al capo, gli è ben poco chiedere ch'egli abbia almeno il beneficio della giustizia; altrimenti s'accrescerà sempre più la sacra falange degli addetti al dolce far niente, che sono i più fortunati in questo mondo e nell'altro.*

*Le idee, d'altronde, sono una proprietà, disgraziatamente non molto più sicura delle azioni, ma sancita dagli usi e dalle leggi dei popoli civili.*

*Per un' idea un grande Imperatore ha recentemente fatto la guerra.*

*Il Sig. Churcill pertanto vorrà essermi indulgente se io, coi dovuti modi, difendo le mie, tanto più che, per me, non è guari questione di Versanti.*

*Il Sig.<sup>r</sup> Cav.<sup>r</sup> Civelli, mio Editore, me ne può fare ampia testimonianza.*

*Torino, 26 Dicembre 1867.*

SCIPIONE GIORDANO.



DELLA

FISTOLA GENITO-ORINARIA

---

CAPO I.

PRELIMINARI.

L'intenzione, dirò meglio la speranza, di giovare alle povere donne in una delle più deplorabili infermità, cui le assoggetti talvolta il già abbastanza pesante fardello della riproduzione, è quella, è anzi l'unica che mi induce un'altra volta a saggiare la benevolenza del pubblico Medico.

Intendo parlare della fistola genito-orinaria, la qual denominazione si applica esclusivamente alle fistole orinarie delle donne, conciossiachè nelle medesime, per la speciale conformazione dell'apparato generativo, le inormali aperture dell'uretra e del basso fondo della vescica, possano, debbano anzi, comunicare colle vie genitali, dovechè nell'uomo si schiudono quasi sempre all'esterno, cioè sulla pelle del perineo o de' suoi dintorni. — Le fistole genito-orinarie delle donne possono pertanto, a differenza di quelle de' maschi, classificarsi tra le *interne*, ritenendo come interno tutto quanto è tappezzato di membrana mucosa in genere, e per la specie, di cui discorro, topograficamente tutta quella parte della zona genitale, che è al di là dell'orificio vaginale e del meato orinario sovrastantegli.

Ho detto *fistola* e non altro, credendo inutile entrare nel vieto pettegolezzo delle definizioni più o meno affilate e indirizzandomi d'altronde al lettore medico.



Debbo però avvertire che la sinuosità, la lunghezza maggiore della larghezza, che caratterizzano le fistole in genere, manca soventi nel caso in discorso, o, a dirla altrimenti, di spesso la morbosa comunicazione non è propriamente una fistola, ma sibbene una larga erosione del setto genito-vescicale. Tuttavia per gl'Autori, per me specialmente, in vista dei principii che intendo svolgere, ogni morbosa, comunicazione di qualunque ambito da qualunque cagione, vuoi lenta-ulcerativa, vuoi violenta traumatica, vuoi infine terato-congenita è compresa, a scanso di distinzioni di un vantaggio equivoco, col nome generale di fistola genito-orinaria.

A procedere con chiarezza credo conveniente non scostarmi dal metodo scolastico di trattazione di simili argomenti; perciò seguendo l'ordine consecrato dai Patologi, faccio precedere alcune Considerazioni Anatomiche, nelle quali terrò particolar conto delle condizioni e dei rapporti speciali in cui trovansi le parti della donna che sono sede delle fistole. Da queste considerazioni raffrontate colla costituzione notomica conosciuta delle parti, nelle quali hanno sede le fistole omologhe dell'uomo, sorge evidente la differenza relativa di gravità e di curabilità di entrambe, e un corollario della massima importanza allo scopo mio.

## CAPO II.

### ANATOMIA TOPOGRAFICA.

La vescica orinaria, per forma, per composizione istologica e anatomica di tessuti non differisce guari, nella donna da quella dell'uomo.

Sita dietro il pube, sopra al margine superiore del quale difficilmente s'innalza nella piena ordinaria, essa

è meglio che non nei maschi riparata dalle offese esterne di quanto il diametro longitudinale del pube è in lei maggiore che nell'uomo. Questa maggiore lunghezza del pube accresce per contro la superficie di pressione, per la quale accadono nel parto le offese interne, come vedremo nell'eziologia, triste compenso della minor frequenza della litotomia, e della puntura ipogastrica, alle quali raro è che nella donna si debba ricorrere.

Allo stato ordinario di semivacuità la vescica è floscia nella sua parte superiore, che s'avvalla un po' verso il collo, depressavi quasi sempre, nelle donne che hanno figliato, dal globo dell'utero, il quale nella sua normale inclinazione anteriore vi s'adagia sopra mantenutovi dalla massa intestinale sovrastante, che tende piuttosto ad insinuarsi nello infondibolo posteriore (utero-rettale) più profondo, anzichè nello anteriore od utero-vescicale. — A questa ordinaria disposizione v' hanno eccezioni, rarissime nel caso di retroversione uterina, meno rare nella gravidanza, la quale in vario modo cangia i rapporti mutui delle mobili intestina cogli organi entropelvici.

La capacità poi della vescica muliebre pare maggiore; il suo fondo è meno basso che non nell'uomo.

Un altro fatto differenziale assai importante da notarsi nell'ordine fisio-patologico è la maggior sensibilità normale della vescica muliebre al contatto dell'orina, la quale, aggiunta alla minor resistenza dell'emissario, la obbliga ad orinare più frequentemente, sensibilità che diventa facilmente patologica nell'isterismo.

Il minor soggiorno che pertanto vi fa l'orina, la sua minor acrità per minor metamorfosi riduttiva delle sostanze azotate, la blenorragia, che nella donna ha la principal sua sede nella vagina, sono probabilmente le ragioni per le quali la cistite, il catarro vescicale, le affezioni calcolose si osservano in lei così di rado.

In lei per contro frequente è l'iscuria puerperale pa-



radossa, talora isterica ancor essa, più soventi dipendente da ragioni meccaniche, delle quali dovrò parlar più innanzi; frequentissima poi l'incontinenza più o meno completa pel rilascio delle resistenze operato dalla gravidanza e del parto.

Nella donna il collo vescicale non è sì ricco di vasi venosi come nell'uomo, o per lo meno, gli analoghi diffondendosi assai più attorno all'orificio vaginale (bulbo) non possono dar luogo a quelle congestioni producenti gravi iscurie, che per la diretta comunicazione dell'intreccio venoso emorroidale col vescicale sono così frequenti negli'uomini dediti a vita sedentaria.

D'altronde torna qui acconcio ricordare la brevità dell'uretra femminile non circondata e non sostenuta dalla prostata, e dagli altri tessuti dell'emissario virile, e lunga tre centimetri soltanto.

Tra la vescica e il retto nella donna stanno la vagina e l'utero. Con quella ha la vescica la massima parte de'suoi rapporti; cioè il terzo inferiore del tubo vaginale sino al suo orificio è in rapporto coll'uretra, che scorre come in una doccia fattale dalla parete superiore della vagina, rafforzata nella donna ancor integra dalla colonna media, il cui termine è quel tubercolo che sottostà al meato orinario.

Di seguito all'uretra il collo e il basso fondo vescicale coprono, aderendovi strettamente per mezzo di un sottil strato di fitto tessuto connettivo, il rimanente della faccia anteriore esterna del canal vaginale, e la porzione sopra-vaginale del collo uterino non che il quarto inferiore della faccia anteriore dell'utero, com'è in istato di vacuità, cui aderisce per mezzo di un tessuto connettivo lasso, che permette alla matrice di espandersi nella gestazione senza stirarla troppo, e viceversa alla vescica di distendersi alquanto senza rispingere o trascinare soverchiamente l'utero. Però, nelle enormi disten-



sioni (iscuria puerperale) della vescica, questa potendo giugnere col suo apice fin presso il bellico, il globo uterino si trova respinto all'insù, talvolta fin sotto l'ipcondrio. Così pure, nella retroversione uterina, la vescica stirata indietro si deforma; locchè aggiunto alla pressione del suo collo tra l'utero inchiodato nello scavo e il pube produce l'effetto complesso dell'iscuria caratteristica di tale spostamento.

Al disopra del punto indicato (4.<sup>o</sup> inferiore della faccia anteriore dell'utero) è noto non esservi più tra i due organi in discorso altro rapporto fuorchè di contiguità.

Questi ricordi anatomici bastano pel fatto mio.

Debbo però aggiugnervi ancora alcune osservazioni sull'utero e sulla vagina in relazione colle circostanze, nelle quali si formano le fistole, cioè debbo notare alcune modificazioni di forma, di situazione, di costituzione anatomica, che l'opera della gestazione v'induce. Nella gravidanza, tuttochè l'utero acquisti per ogni verso un diametro otto volte maggiore dell'ordinario, la vescica non è sensibilmente spostata o stirata in sù, perchè quello sviluppo si fa assai più a spese del semmento superiore che non dell'inferiore, e, per altra parte, quando questo sorviene, il tessuto connettivo utero-vescicale partecipando allo inzuppamento e all'ipernutrizione dell'apparato generativo si rilassa di modo che quello stiramento non ha luogo. La vescica più o meno ripiena si trova, al termine della gestazione e nel principio del parto, collocata in quel vano (vano per rispetto a parti più dure) che corrisponderebbe, nelle posizioni anteriori del vertice fetale, alla region cervical posteriore, trovandosi la testa già un po' affondata nella piccola pelvi.

Ciò, tuttavia, non è costante nelle presentazioni cefaliche, e il frequente bisogno di emetter l'orina che risentono le donne in prossimità del parto (segnatamente le primipare) può benissimo attribuirsi alla pressione



fatta sulla vescica dalla parte del feto che si presenta, specialmente se sia il capo.

L'utero poi, che cresce anche di spessezza col crescer di volume, si assottiglia relativamente nel suo semmento inferiore per le modificazioni che vi accadono nell'ultima quindicina della gestazione. Si direbbe che, a quell'epoca l'espansione della parte inferiore dell'utero è quasi passiva o fisica; tant'è che, in alcuni casi di obliquità anteriore, la testa si trova velata da una parete uterina così sottile che, senza un'attenta osservazione, si può scambiare facilmente col sacco amniotico un po'spesso.

La stoffa uterina (lasciando in disparte l'istologia e l'anatomia) nelle sue apparenze rassomiglia assai alla carta pesta; è malleabile a segno che è frequente, nelle autopsie di puerpere recenti, trovar sul suo fondo l'impronta concava delle convessità delle anse intestinali che vi si adagiano sopra: grazie alla qual sua malleabilità, come cérea, l'utero si modella o si lascia modellare dalle parti circostanti. Così accade nella retro e antiflessione; così particolarmente succede nel prolasso nel quale l'utero assume la sagoma curva del canal pelvico, prolungandosi alcune volte il suo collo; fatto eccezionale che alcuni autori francesi (Huguier) colla solita esagerazione han voluto sostituire come norma del vero prolasso in totalità dell'utero.

Frequente è pure il trovar nelle viziature di bacino ridotta a pochi millimetri la spessezza della parete posteriore dell'imbuto uterino in quel punto dove subì, tra il promontorio sacro vertebrale e parti di feto arrestate, una pressione forte e continuata, e ciò senza traccia di erosione o di processo patologico, ma per un semplice fatto di disgregazione meccanica, analogo a quello con cui s'assottiglia il cuojo molle nella *potichomanie* (1).

(1) Procedimento industriale, col quale si fanno ornati in rilievo di bellissimo effetto.



V' hanno tuttavolta assottigliamenti di un' altr' indole dipendenti da veri processi patologici avvenuti in parti o puerperii antecedenti. Havvi cioè un processo, talora subdolo o non avvertito, cui forse alludono alcuni col nome di *putrescenza* d'utero, del quale nella mia pratica ho avuto sul cadavere due o tre esemplari. È una mortificazione simile assai alla gangrena nosocomiale, che si presenta coll'aspetto di una piastra difterica stesa su tratti più o meno grandi, però sempre assai limitati, della superficie dell' utero o della vagina, intaccante esclusivamente, oltre la mucosa, il loro strato parenchimatoso più interno. Cagione di setticemia, non tanto per un materiale settico di più aggiunto agl' altri già esistenti nell'utero, quanto per l' inerzia che quest'affezione del suo tessuto muscolare vi produce, essa non è però sempre mortale. Può lo strato mortificato staccarsi e venir ejetto o in totalità o per lenta lochiazione. Noto questo fatto non tanto per desiderio di mostrarmi osservatore di particolarità equivocate, quanto perchè è questo processo uno dei modi non traumatici, che possono dar luogo alle fistole genito-orinarie, e molto più perchè, quando la donna non soccombe, il punto del sequestro operatosi nell' utero o nella vagina rimane permanentemente assottigliato, come stoffa che ragni, in un tratto, dove più facilmente sotto una trazione o un urto accade una lacerazione. Le smagliature della vagina che permettono il cistocele, più che spostamenti o rilascii di fibre, sono piazze o lacune ridotte pel modo anzidetto a sottigliezza estrema, a traverso le quali si insinua il gavocciolo ernioso della vescica.

La vagina poi, lasciando anche in disparte l' assottigliamento anzidetto, si modifica, come ognun sa, nella gravidanza e nel parto. In quella attivamente per moltiplicazione iperplasica de' suoi elementi istologici, segnatamente nella prima gestazione, e per una subtu-



midezza del suo tessuto mucoso alquanto ispessito; in questo passivamente, allargandosi pel passaggio del feto, e applicandosi alle pareti ossee, delle quali in quel momento diventa come una tappezzeria. Poca è la sua contrattilità; nissuna per lo meno l'influenza che questa esercita sull'atto del parto; tant'è che nella massima parte degl'aborti, ne'quali la cessazione della metrorragia indica la liberazione dell'utero, all'espulsione finale dell'ovo dalla vulva occorrono le trazioni dell'ostetrico o la posizione verticale della donna.

La vagina intumidita e accorciata pel fatto della gravidanza, o dell'abbassamento dell'utero che ne diminuisce il diametro longitudinale, tuttochè abbia normalmente le pareti a contatto, talora fa a traverso al suo orificio un po' di procidenza o di estrusione, facile dai poco esperti a confondersi col collo dell'utero quivi apparente nel prolasso di 2.<sup>o</sup> grado. Questa estrusione non è, come quella del retto nel relativo prolasso, di tutto l'ambito della vagina, ma più particolarmente e più sovente è fatta a spese della parete anteriore, la quale, apparendo in mezzo all'orificio vaginale, colle sue rughe trasversali simula grossolanamente il muso di tinca. Qualche volta invece l'estrusione si opera a spese della parete posteriore nelle donne che hanno molte volte figliato e lacerata profondamente la forchetta; a traverso all'orificio vaginale socchiuso si vede un gavoccio del setto retto-vaginale, sotto al quale si sentono le feci dure stagnanti nell'intestino. Soltanto col dito introdotto in vagina si può riconoscere a quale delle due pareti detto prolasso appartenga.

Non finirò questo capitolo senza notare una delle particolarità fisiologiche del canale vulvo-uterino molto importante per l'argomento ch'io tratto, intendo *la facilità notevole colla quale guariscono*, in donna d'altronde sana, le lacerazioni, le abrasioni del collo uterino e della



vagina, segnatamente sotto il benefico influsso dei lochii i quali pajono, come notai in altro mio scritto (1), favorirne la pronta riparazione. A questa facile guarigione delle lesioni traumatiche delle parti sessuali della donna, che ha riscontro negli altri mammiferi per la facilità colla quale si cicatrizzano larghe ferite di vagina fatte ad oggetto di castrazione (nelle vacche) o le lacerazioni più o meno ostetriche, va compagna una suscettività, minore assai che negli altri organi, per le cause comuni, segnatamente poi per l'ulcera venerea. Ed è bene che la natura abbia fatto molto tolleranti e sanabili parti cotanto maltrattate, sottili e facilmente lacerabili nelle ruvide prove cui vanno soggette.

Questi particolari molto più ostetrici che anatomici sulle variazioni di forma, di capacità, di ubicazione dipendenti dalla mobilità delle parti in discorso, non sono soverchiamente minuti od estranei, come a prima vista parrebbero, all'argomento che ho impresso a trattare.

### CAPO III.

#### DIVISIONE.

La fistola genito-orinaria pigliando nome dalle parti che interessa, si suddivide in *uretro-vaginale*, *vescico-vaginale* e *vescico-uterina*, la qual divisione non è di sem-

(1) Vedi mio Rendiconto Scolastico 1857-58, *Gazzetta Medica Stati Sardi* 1858.

Quivi parlando della sifilide io scriveva: « Notevole poi è l'influenza benefica del puerperio sulle località celtiche delle parti genitali, sieno esse vegetazioni, tubercoli od ulcere. Ho sempre veduto migliorarsi e scomparir affatto gli uni e le altre. La lieve flogosi traumatica destata dal passaggio del feto fonde ordinariamente que' tessuti morbosi e il contatto dei lochii, anzichè nuocere, modifica in meglio e favorisce la



plice speculazione anatomo-topografica, ma essenzialmente pratica per rispetto al pronostico e alla cura.

Alcuni, Jobert de Lamballe primo, a queste tre specie aggiunsero

La *uretro-vescico-vaginale*, soluzione di continuità intaccante la vescica e l'uretra per una parte, la vagina per l'altra;

La *vescico-utero-vaginale* larga apertura che intacca la vescica, l'utero e la vagina, distinta da Jobert in superficiale e profonda, secondochè è distrutto il labbro anteriore del muso di tinca e l'orina cola nella doccia del labbro posteriore, o quello sussiste quantunque intaccato, e l'orina non passa pel canal uterino.

L'ancor più grande detta *uretro-vescico-utero-vaginale*;

Infine la *uretero-uterina* che mette in comunicazione l'uretere coll' utero.

Di queste suddivisioni si può tener conto a titolo di più breve sinonimia della maggiore o minore estensione della morbosa apertura. Assai più semplice ed utile, a mio giudizio, è la denominazione tolta dal diametro della fistola, dalla sua direzione, dalle complicazioni, per cui si potrebbe dire propriamente *fistola*, quando è piccola e il suo tragitto è relativamente lungo; *erosione* quando l'apertura fa largamente comunicare le due cavità; *trasversale*, *longitudinale*, *obliqua*; *semplice*, se è rappresentata nel canale vulvo-uterino solamente da un foro, *complicata*, quando v' hanno aderenze, briglie, fungosità, incrostamenti calcari o estrusione di parti a traverso l'apertura morbosa.

Con queste aggiunte, la ragione delle quali sarà chia-

pronta riparazione delle *ulceri*; nè ciò reca meraviglia a chi rammenti come alcuni liquidi animali, a mo' d'esempio la saliva, sieno stati consigliati e adoperati con successo nella medicazione delle lente soluzioni di continuità. »

rita più avanti, basta la divisione più sopra detta, anzi, a rigor di pratica, basterebbe dividere topograficamente le fistole orinarie in questione in *Uretro-genitali* e in *Vescico-genitali*, secondochè dal lato delle vie orinarie intaccano solamente l'uretra o il fondo della vescica, incominciando dal suo sfintere, avvegnachè dipenda principalmente da questa diversità di sede la gravità e la curabilità delle medesime.

## CAPO IV.

### EZIOLOGIA.

Ho già anticipatamente (v. pag. 2) fatto un cenno distintivo delle varie cagioni delle fistole genito-orinarie, desunto dal loro modo d'azione. Ora conviene trattarne più diffusamente per ordine di frequenza, incominciando dalle cagioni più rare. Ripeto che col nome di fistola intendo ogni anormale comunicazione della vescica e dell'uretra colle vie genitali.

#### 1.º Può questa esser congenita?

Chi conosce il modo di formazione embriologica dell'apparato urinario, e del genitale, sa quanto ne sieno frequenti le anomalie per ermafrodisimo specialmente. Tuttavia percorrendo gli autori, segnatamente il Geoffroy de St. Hilaire, non si riscontrano notati vizi congeniti di quelle parti che abbiano qualche riscontro colla morbosa disposizione avventizia cui si dà il nome di fistola genito-orinaria. — Di un fatto congenito che le si approssima alquanto trovo la descrizione nel N.º 28 della *Gazzetta Medica di Parigi* (luglio 1867). Il soggetto ne è una ragazza di 14 anni poco sviluppata. Manca in lei il monte di Venere, il clitoride, non v'ha traccia d'uretra nè di vestibolo. Sotto la sinfisi pubica s'osserva un tu-



moretto rosso, grosso come un cece, e molto sensibile (membrana mucosa della vescica). Respingendolo, il dito penetra in una cavità della grandezza d'un uovo, da cui esce l'orina. Le parti vicine sono escoriate; il vizio è congenito; la vagina, l'utero perfettamente conformati. Due casi analoghi, dice il dottore Surmay, autore di quell'articolo, sono registrati dal Petit. Noto questi fatti perchè, come il lettore vedrà più lungi, sarebbero forse medicabili nella prima infanzia.

2.<sup>o</sup> Quanto alle origini avventizie, raro è che la fistola tenga dietro a una vaginite, ad un ascesso della parete vescico-vaginale non traumatici, all'ulcerazione sifilitica od altra, eccettuata la cancerosa dell'utero, della quale, come quella che procede da morbo incurabile, non occorre ch'io mi occupi.

3.<sup>o</sup> Tra le cagioni materiali di fistola più comuni si trovano negli Autori notate le lente erosioni per effetto di un calcolo passato di vescica in vagina (v. pag. 23), di spilli introdotti per l'uretra, di un pessario o d'altro corpo straniero; le lesioni traumatiche più violente per ferita d'arme da fuoco in quelle parti, per catetere mal diretto da una levatrice (Scanzoni), per caduta sopra un corpo aguzzo che abbia perforato perineo e setto-genito orinario, come in un caso citato da Blatin e Nivet; le operazioni chirurgiche, ad esempio la litotomia vaginale che, a differenza della perineale dei maschi, è quasi sempre susseguita da fistola.

4.<sup>o</sup> La massima parte però delle soluzioni di continuità nella filiera genitale accade nel parto, o per il fatto del parto.

Debbo premettere, che un certo grado di strettezza assoluta o relativa, le deformazioni interessanti particolarmente lo stretto superiore, lo spigolo che fa talvolta posteriormente la sinfisi del pube, i quali pongono ostacolo al parto naturale o lo prolungano; e, per ciò che

riguarda il feto, la presentazione, l'arresto del capo più di qualunque altra parte, sono fra le ostetriche le cagioni di fistola più frequenti.

A queste più raramente s'aggiungono le lacerazioni dirette effettuate da strumenti ostetrici taglienti o aguzzi o da schegge ossee del cranio fetale nella sua uscita dopo la cefalotrizia. Non conosco esempio di comunicazione fistolosa tra la vescica e il canal vulvo-uterino, risultante da rottura spontanea dell'utero prolungatasi e intaccante tutta la spessezza del setto utero o vagino-vescicale.

Il modo, pel quale si stabilisce l'anormale comunicazione dalle ora dette cagioni meccaniche, è assai facile ad intendersi per quelle fistole che ne sono l'*immediato* effetto, nelle quali impertanto *immediata* eziandio è l'anormale uscita delle orine. — Nè molto più difficile a comprendersi è il processo pel quale *mediatamente* si stabiliscono le fistole genito-orinarie in seguito alla contusione prolungata delle parti compresse e fortemente pigiate, nei parti laboriosi, tra la faccia posteriore del pube e la durezza cefalica del feto.

La testa, gagliardamente spinta e mantenuta dalla contrazione uterina contro lo stretto osseo della piccola pelvi, applica e mantiene applicate per un dato spazio le pareti della vescica urinaria più o meno ripiena. Quest'applicazione, che non può a meno d'aver più o meno esattamente luogo in tutti i parti pel passaggio del capo ed anche del tronco fetale, sotto una compressione forte e troppo prolungata produce direttamente la mortificazione, o lo stato congestizio infiammatorio del punto contuso che, gangrenandosi in tutta la spessezza della parete genito-orinaria corrispondente, col distacco dell'escara dà origine alla fistola.

Il punto compresso, per la varietà delle deformazioni pelviche e per la varia altezza a cui il capo fetale le



incontra, può corrispondere alla parete utero o vagino-vescicale, o alla vagino-uretrale; da questa varia ubicazione dell'ostacolo dipende la varia sede e denominazione della fistola, la quale tale veramente non è, se non quando intacca l'uretra. Nel più delle altre due sedi è, come ho già avvertito, piuttosto una larga comunicazione che un foro sinuoso.

Delle tre sedi, la vagino-vescicale, ossia quella che corrisponde al collo della vescica urinaria, è la più comune, il che facilmente si comprende ricordando i rapporti che ha il collo vescicale colla metà inferiore della regione retropubica; le anomalie nell'altezza, nella forma della quale prodotte dalle viziature pelviche rendono pure assai bene ragione della fistola vescico-uterina più rara, alla produzione della quale sembra molto conferire l'affondarsi nella piccola pelvi del capo fetale velato ancora dal semmento inferiore dell'utero per difficile dilatazione del suo orificio.

Ho detto facile a comprendersi il modo di produzione delle fistole in questione. Pure credo necessario insistervi a difesa della riputazione dell'Ostetrico in alcune circostanze.

Quando la fistola si produce *mediatamente* nel puerperio, è evidente che non se ne può accusar l'ostetrico, tanto meno se il parto, benchè laborioso, non abbia richiesto il di lui intervento; ma, se questo ha avuto luogo, è frequente ch'egli debba subir le rampogne o le ostilità del pubblico, come di un fatto diretto di lesione violenta che gli si possa imputare.

Or bene, nel più dei casi, esso non è imputabile, o se lo è, gli è piuttosto di negligenza per non aver adoperato quegli stromenti che pel volgo dei non Medici, ed anche di Medici, sono il *corpo del reato*.

Accade qui lo stesso che per la febbre puerperale (siccome io pel primo ho fatto osservare) la quale, in

vece d'interpretarsi per metro-peritonite prodotta da uso di stromenti (forcipe!!!), è appunto anzi l'effetto di un travaglio prolungatosi troppo in grazia del non averli adoperati.

Per me, per la coscienza del pratico esperto ed onesto, i quattro quinti delle fistole, avverantisi in seguito ad uso di stromenti in casi di distocia, non sono l'effetto di questi, ma bensì di una lunga pressione che non si è tolta o che non si è potuta togliere. Il forcipe, lo stesso cefalotribo fanno raramente contusioni capaci di produrre fistole orinarie, sia perchè la loro pressione non dee mai cadere su punti che corrispondono al pube, e sia anche perchè essa è passeggera e fugace. Gli scalpelli, gl'uncini *mal condotti* possono bensì esserne autori; allora però lo scolo fistoloso dell'orina è immediato; e, in prova di quanto asserisco, viene la Statistica.

In due lavori, l'uno del signor Monteros e l'altro dell'Andrades (1) si trovano diligentemente raccolti 189 casi di fistole genito-orinarie, dei quali 50 in seguito a parto lungo con applicazione di forcipe, — 49 dopo l'uso di varii stromenti, tra quali gl'embriotomi e i craniotomi, — 5 dopo operazioni manuali, — 55 dopo il parto naturale, — 3 da calcoli vesicali, — 2 da tumori vaginali, — altri 20 senz'altre indicazioni.

Lasciando in disparte le ultime tre cifre, e sommando quella dei parti naturali con quelle dei manuali e con due terzi almeno (per le ragioni ostetriche addotte, mi par d'essere discreto) di quelle del forcipe, s'avrebbero non meno di 94 fistole, certamente non imputabili all'intervento ostetrico contro 49, la cui imputabilità è per gran parte dubbia.

(1) V. COSTA DUARTE. *Des fistules genito-urinaires chez la femme.*  
— Paris — Eaillière, 1867.



Ma sì! fate di trasfondere, se vi riesce, nell'animo di colleghi invidiosi, di parenti irritati, di una povera inferma, le sicure convinzioni, i dettati della scienza e della coscienza!

Stabilito che la massima parte delle fistole genito-urinarie, proviene dall'atto del parto, sarebbe assai interessante conoscere, su larga scala, in che proporzione relativa queste stieno col parto in genere, colla distocia in ispecie, e, subordinatamente a questa, colla età, colla primiparità, cogli antecedenti in somma.

Dalla già citata Statistica parrebbe che la primiparità abbia qualche influenza nella produzione delle fistole e che queste siano più frequenti, quando a quella prima condizione s'aggiunga l'età avanzata.

Quanto alla relazione proporzionale delle tre specie principali di fistole da me ammesse, la vescico-vaginale è di lunga mano la più frequente, e così poscia l'uretro-vaginale, ultima la vescico-uterina; e ciò si spiega facilmente da chi conosce i rapporti anatomico-ostetrici delle parti della donna e di quelle del feto, da cui sono compresse.

Disgraziatamente gli altri elementi ostetrici finora non esistono, o per lo meno io non li ho saputo trovare. Mi limito pertanto ad esporre i risultati statistici che mi vengono dallo spoglio di 12 anni della Clinica Ostetrica di Torino da me diretta sino al 1864.

| ANNO            | P A R T I |         |             |        |
|-----------------|-----------|---------|-------------|--------|
|                 | Naturali  | Manuali | Stromentali | TOTALI |
| 1855            | 223       | 6       | 10          | 239    |
| 1856            | 277       | 6       | 7           | 290    |
| 1857            | 286       | 4       | 8           | 298    |
| 1858            | 291       | 5       | 13          | 309    |
| 1859            | 388       | 6       | 9           | 403    |
| 1860            | 355       | 6       | 8           | 369    |
| 1861            | 327       | 4       | 17          | 348    |
| 1862            | 353       | 3       | 9           | 365    |
| 1863            | 356       | 4       | 19          | 379    |
| 1864            | 336       | 5       | 11          | 352    |
| 1865            | 336       | 11      | 8           | 355    |
| 1866            | 358       | 3       | 14          | 375    |
| 1867            | 296       | 5       | 18          | 319    |
| a tutto ottobre | 4182      | 68      | 151         | 4401   |

12 rotture dell'annio (artificiali), e 9 evoluzioni spontanee, tutte sono comprese nei parti naturali.

I cenni, che qui trascrivo intorno ai casi di fistole genito-orinarie osservate in questi 12 anni, completeranno, come meglio si può, questa statistica.

1.° 1855 — Rachitica primipara; 24 anni. Parto il 21 ottobre; Vizio dello stretto superiore, conjugata di m. 0,9; Feto a termine in posizione del vertice occipito-anteriore destra. Travaglio infruttuoso di 26 ore. Craniotomia, applicazione di uncini. Al terzo giorno (24 ottobre) perdita d'orina da un foro fistoloso al lato sinistro dell'uretra, presso il collo vescicale. Catetere a permanenza, tre cauterizzazioni col nitrato d'argento. Il 12 novembre la fistola è chiusa, cessata la perdita dell'orina. La puerpera esce.

2.° 1860 — Donna di 45 anni, non primipara. Parto il 6 febbraio. Vertice in posizione occipito-posteriore colla



procidenza delle due braccia e del funicolo, pelvi relativamente ristretta; cefalotrizia dopo applicazione di forcipe; trenta ore circa di travaglio; feto femmina del peso di 3400 grammi non compresa la polpa cerebrale. Perdita di orina involontaria al quarto giorno, fistola uretro-vaginale curata colla cauterizzazione, mediante il nitrato acido di mercurio, migliorata ma non guarita; la donna vuol escire il 26 febbraio.

3.° 1862 — Primipara, 23 anni, con leggiera ristrettezza della pelvi. Parto il 29 febbraio, feto a termine, vertice in posizione il. anteriore sinistra, pesava 2800 grammi: parto spontaneo, fistola uretrale. La donna non permise cura alcuna; volle escire in tale stato.

4.° 1866 — Non primipara. Parto 3 marzo. Faccia Mento Il. S. A. mancanza di rotazione, applicazione di leva e forcipe; il travaglio durò oltre venti ore, il feto morì; pesava 3500 grammi; si ebbe fistola vescico-vaginale a  $1\frac{1}{2}$  centim. dal labbro anteriore del collo dell'utero; non volle sottoporsi a cura, e lasciava l'Ospizio il 22 marzo.

5.° 1867 — 23 aprile. Donna di 27 anni, primipara; viziatura di primo grado; venne portata in Clinica dopo 48 ore di travaglio con straordinaria tensione della vescica, testa impegnata, impossibile il cateterismo; era già stata visitata a domicilio da due medici e dalla levatrice; Vertice in posizione occ. il. S. A; col forcipe si estraeva un feto di 3000 grammi e con incipiente putrefazione; fu quindi necessaria l'estrazione manuale della placenta che era aderente. Al sesto giorno del puerperio la donna s'accorge della perdita involontaria delle orine; li 8 marzo si esamina collo specchio del Simpson, e si riscontra una larga fistola vescico-vaginale a distanza di due centimetri dal collo dell'utero; non era però completa, vi erano delle fimbrie che la attraversavano; esce li 22 marzo.



Sono pertanto 5 fistole (1) su 219 parti artificiali, dei quali la massima parte fu stromentale. Di queste 5 fistole 3 erano uretrali guaribili — una sola guarì. — Risulta anche che delle 5 fistole mentovate, due (3 e 5) evidentemente non ponno ascriversi a lesione diretta per opera di strumenti — di due altre (N. 1 e 2) è dubbio. — Però l'epoca, in cui cominciò la perdita, e la loro sede, farebbe piuttosto propendere a crederle un effetto mediato del parto.

Noto finalmente che il numero delle fistole relativamente a quello della totalità dei parti non par grande; però, avuto riguardo all'infermità e alla sua poca curabilità, lo è fin troppo. — In una Clinica poi si abbreviano i parti lunghi o difficili con un intervento ragionato e il più possibilmente abile.

Ad ogni modo, seguendo anche la proporzione suesposta tra il numero dei parti e le donne affette da fistola genito-orinaria, quante di queste disgraziate non v'hanno ad essere in una grande Città, in uno Stato, in Europa!

## CAPO V.

### SEQUELE, COMPLICAZIONI.

Nell'eziologia ho detto del modo, col quale accade la fistola. Ora importa vedere, come si comporti quando è fatta. La perdita dell'orina per la vagina, che ne è la più grave conseguenza, può essere *immediata*, quando

(1) Potrei qui aggiugnere 5 altri casi di fistole da me raccolti nella pratica ordinaria, l'ultimo dei quali veduto coll'ottimo mio amico cav. Roccarei d' Arona, in una signora di Belgirate (Lago Maggiore), che fu operata più tardi dall'egregio Dottor Bottini, col metodo americano, ma senza successo compiuto. — Trattando io qui la Statistica comparativa, credo inutile parlarne.



il corpo vulnerante (stromento ostetrico od altro) ha penetrato direttamente in vescica; più sovente però è *mediata*, cioè ha luogo, quando incomincia il distacco dell'escara del setto genito-orinario.

Difficile è stabilir il periodo di questo distacco, perchè non sempre l'iscuria che precede la fistola, s'avverte od esiste (f. ves. ut.), perchè non sempre si prevede e si fa attenzione all'involontaria uscita dell'orina, o questa si confonde coll'incontinenza comune. Tuttavia, riandando i ricordi di quei pochi casi di puerperio che dieder luogo a fistole, credo poter stabilire che giammai prima del 4.<sup>o</sup>, sovente non prima del 9.<sup>o</sup> giorno, mi venne fatto di riconoscere la lesione in discorso; anzi in un caso descritto da Stöltz (1) non fu sospettata che al 24.<sup>o</sup> giorno.

Quanto all'escara, il più sovente vien fuori inavvertita, a pezzetti o per lenta lochiazione; qualche volta però, quando è grande, esce in totalità, e può esser confusa con rimasugli di placenta.

Mi sovvengo a tal proposito d'un fatto assai notevole che mi piace narrare.

Una Signora stata assistita da una levatrice in un parto alquanto lungo, sorpresa, al secondo giorno di puerperio da iscuria, fece domandare il sig. Gibello chirurgo che le levò l'orina colla siringa; di lì a qualche giorno il suddetto, nel ripetere il cateterismo, esplorando sentì un pezzo molle come di membrane amniotiche fluttuante in vagina; volle estrarlo, ma, resistendo, nella persuasione che la puerpera fosse stata mal liberata, mi fe' frettolosamente domandare. La supposta placenta era un'escara grande staccatasi per un lembo, sotto il quale era una recente e larga apertura penetrante in vescica, che rendea oramai inutile il cateterismo.

(1) JOBERT DE LAMBALLE. *Traité des fistules vescico-urinaires.*



La fistola genito-orinaria, già grave per gl' incomodi che si trae necessariamente dietro e per la difficoltà della cura, lo è poi maggiormente per le complicazioni che l'accompagnano, prodotte dall'azione composta della causa traumatica e del puerperio. Nei casi più semplici di fistole particolarmente uretrali, dove la perdita di sostanza non sia grande, l'imbocco vaginale è qualche volta piccolo a segno di ammettere solamente lo specillo. Gl'è allora che v'ha tragitto fistoloso, condizione favorevole alla cura, non corrispondendosi l'entrata e l'uscita.

Il più delle volte però è un vasto crepaccio di due o tre centimetri di diametro intaccante l'utero e la vagina, il fondo della vescica e l'uretra in un tempo stesso, con estesa distruzione di tessuto, coartazioni della vagina che nascondono l'apertura fistolosa, callosità, briglie, spostamento dell'utero. Nella fistola vescico-uterina il labbro anteriore del muso di tinca si riscontra distrutto, bernoccolato, frastagliato di modo a poter difficilmente farsi un'idea della topografia del crepaccio. Certo che, col progresso del tempo, il meandro fistoloso, la sua forma si mutano, la sua sede medesima si trasloca, si vede trasmigrare come la sede di un cauterio. Prevale la tendenza a stringersi, si per la riduzione che dopo il parto subisce il canal vulvo uterino, come per le fungosità, che anche in quei tessuti s'ingenerano.

Queste fungosità, primitivamente prodottesi, in un caso citato da Fr. Hoffmann, dal semplice passaggio dell'orina, sono una complicazione comune della fistola genito-orinaria causata da affezione cancerosa, e col loro agglomerarsi attorno al foro di comunicazione finiscono talora con ridurre la perdita, prima continuata dell'orina, a un semplice gemizio appena avvertibile, tornando l'inferma ad emetter volontariamente quasi tutta l'orina per l'uretra.



Il Dottore Perotti di Torino fu meco testimone di un fatto che è la controprova di quanto assevero. Chiamato da quell'Onorevole Collega a visitar in consulto una vecchia Signora affetta da lenta ed antica affezione fungo-cancerosa, che dall'utero s'era estesa per la vagina sino alla vulva con vegetazioni abbondanti, per diminuire la leucorroica perdita, che veniva da quella vasta superficie e poter anche esplorar più avanti, proposi e operai colle forbici piatto-curve la tosatura della parete superiore della vagina, dalla quale segnatamente sorgevano quelle fungosità. L'orina, della quale non v'era prima traccia sensibile nello scolo morboso, cominciò a fluir sensibilmente da una fistola, che i parenti dell'inferma per poco non credettero direttamente prodotta dal tagliente delle forbici (!)

Notevole è il modo di comportarsi della vescica-ori-naria. Dapprima, se il crepaccio è grande, la sua mucosa si protrude a traverso il medesimo, si fa callosa. Poi, obbedendo a quella legge di finalit  che lega l'esistenza dell'organo alla funzione e viceversa, cessando per forza maggiore il di lei ufficio, la sua cavità si rattrapisce e torna, per via di morboso regresso, a costituir un semplice sbocco degli ureteri.

Anche l'uretra, divenuta inutile, si stringe, poi si cementa e coll'andar del tempo scompare. Nell'infanzia bastano pochi mesi a produrre questo risultamento, come potei convincermene in un caso di fistola uretrale a distanza di 2 centimetri del meato orinario che io ebbi ad osservare in un bimbo di 6 mesi unitamente al prof. Malinverni. La fistola s'era da poco tempo prodotta (due mesi prima io avea osservato il bimbo) per una forte inflessione del ghiande sul pene, che ostava al facile sbocco dell'orina, e per la poca attenzione della balia. Colla pazienza e coll'ardire riuscii ciò nullameno a ristabilir la parte d'uretra sovrastante alla fistola.



Una complicazione, dirò meglio, una successione delle fistole in discorso non infrequente, poichè gl'autori tutti più o meno ne parlano, è la formazione di calcoli o d'incrostazioni ureo-calcari in vescica o lungo la vagina dove l'orina scorre. Io ho presentato sul principio dello scorso anno, a nome del Dottor Olioli, all'Accademia un calcolo della grossezza e della forma di un uovo di gallina stato dal suddetto mio Collega estratto da una antica fistola puerperale vescico-vaginale coll'aiuto di forti mollette. In quello, come nelle stalattiti, si vedeva distintamente il processo di formazione dal basso in alto per sovrapposizione di strati e v'era un rialzo corrispondente alla fistola, da cui era stato estratto, che ne portava l'esatta impronta, longitudinale come l'asse della vagina.

Ecco, del resto, la storia gentilmente favoritamene dallo stesso Dottor Olioli.

« La donna, ancor vivente, dalla quale estrassi il calcolo chiamasi Bozzola Angela, nata e domiciliata in Galliate, circondario di Novara, maritata. Nel giorno 15 settembre 1857, quando aveva 37 anni, mi narrò che nel 1843, cioè dodici anni addietro, in seguito a parto lungo e laborioso, le si formò una fistola vescico-vaginale, che il professore Pagano all'Ospedale Maggiore di Novara aveva tentato invano di guarire. Da quell'epoca la donna aveva sempre continuatamente perduto l'orina e da alcuni giorni sentiva un'insolita molestia e senso di tensione alla vagina. Esplorai e sentii alla parte anterior superiore della vagina stessa un corpo straniero duro e di forma arrotondata, che dalla fistola vescico-vaginale sporgeva in vagina. Allora con una grossa pinza afferrai il corpo straniero, che era evidentemente un calcolo vescicale e lo estrassi.

La fistola vescico-vaginale, in cui trovavasi impegnato



il calcolo, occupava il basso fondo della vescica, e l'estremità la più profonda della vagina (varietà di fistola chiamata dal Jobert *fistola vescico-utero-vaginale superficiale*) in cui la parete vescico-vaginale era distrutta alla sua inserzione al collo dell'utero per un'estensione sufficiente a dar passaggio al calcolo, che trovavasi impegnato colla sua estremità più piccola ed arrotondata sporgente in vagina, mentre l'altra estremità scabra e piana rimaneva in vescica al contatto dell'urina, che poscia trapelava in modo continuo e scolava in vagina, passando tra i margini ispessiti e callosi della fistola ed il calcolo impegnato nella medesima, otturandola quasi esattamente.

È probabile che l'origine di questo calcolo sia stata più antica della fistola medesima, che datava da 12 anni, come dissi, giacchè dopo l'esistenza della fistola, colando continuamente l'orina, più difficilmente il calcolo avrebbe potuto formarsi. La donna però non mi accusò sofferenze di vescica anteriori alla fistola, come pure, anche posteriormente a questa, non aveva sintomi di calcolo vescicale.

Il calcolo appena estratto pesava 59 grammi; aveva, come tuttora ha, la forma e le dimensioni di un uovo di pollo d'India, colla differenza che è irregolarmente tronco all'estremità che trovasi in vescica. Il suo diametro longitudinale era di sette centimetri, il trasversale di quattro centimetri e cinque millimetri — esso è composto di urati di ammoniaca.

Questo calcolo offre una singolarità forse unica negli annali della scienza; scorgesi cioè alla sommità della sua parte, che sporgeva in vagina, una superficie liscia, la quale evidentemente divenne tale in conseguenza del ripetuto fregamento, che il marito della donna esercitava nell'atto del coito, per cui il membro virile, rapporto al calcolo, era una specie singolare di lima che rese



levigato il calcolo nella sua estremità sporgente, mentre nella restante parte della sua estremità è scabro ».

Ho testualmente riferito la storia e le presunzioni eziologiche del dott. Olioli, che io rispetto molto e ringrazio. Chi però esaminasse il calcolo, che è nel gabinetto dell'Accademia, si persuaderà facilmente ch'esso è un effetto puro e semplice della fistola, e che cominciò dal basso, cioè dai dintorni della fistola, all'insù.— Credo anche che la levigatura di quella sua parte, che sporgeva dalla fistola, sia in massima parte dovuta al confricamento che, nei movimenti della donna, il calcolo pesante e fluttuante sopportava per parte della parete posteriore della vagina, come si osserva di certe escoriazioni del muso di tinca. La spiegazione datane dall'egregio mio collega invece ricorda troppo la favola d'Esopo — *La lima e l'aspide* — interpretata a rovescio.

Le funzioni dell'utero sono talora alterate non per effetto della fistola, ma per le occlusioni o coartazioni che l'accompagnano. Così il mestruo e il concepimento possono venirne incagliati a segno di rendere il primo doloroso e impossibile il secondo.

Lo scolo dell'orina non procede sempre in un modo. Nelle fistole francamente uretro-vaginali, l'orina esce solo quando la donna orina.

La perdita ne è continua nei vasti crepacci del fondo della vescica (fistola vescico-vaginale); tuttavia accade, per una fortunata disposizione, che la parete posteriore della vagina, la quale normalmente sta in contatto dell'anteriore, applicandosi più esattamente al punto fistoloso per soggiorno di materie fecali, opponga un temporaneo ostacolo all'uscita dell'orina. — Altre volte è la superficie interna della vescica la quale, erniosamente protrudendosi a traverso il foro fistoloso, gli fa da turacciolo.



Nelle fistole vescico-uterine, nelle quali la perdita urinaria si fa dall'orificio dell'utero, essa è intermittente e mutabile in ragione della grandezza, dell'altezza del foro di comunicazione e della posizione dell'inferma.

Il continuato passaggio di un liquido acre ed irritante, com'è l'orina, sulla mucosa vaginale e sulla cute della vulva e delle coscie, (più su questa, perchè più dissimile, meno su quella perchè più simile alla mucosa della vescica) dà luogo ad escoriazioni, ad ulcere, a scoli, che alla lunga conducono la donna a una lenta cachessia. — Queste deplorabili sequele, l'odore orinoso, che, per quanto si curi la pulizia, esala la povera inferma di fistola, le conseguenze poi che per l'ordine conjugale, per la pace e il benessere della famiglia, ne derivano, la dura vita cui una povera donna, segnatamente se giovane, è lungamente condannata, fanno di questa infermità uno degli studi più interessanti, uno dei più seducenti obbietti dell'Arte del guarire.

## CAPO VI.

### DIAGNOSI.

Facile in genere è la diagnosi delle fistole genito-urinarie.

Già il sospetto di fistola deve nascere ogniquale volta dopo un parto un po' prolungato, ancorchè spontaneo, la funzione della vescica non si fa a dovere. Tuttavia il pratico deve aver presenti le condizioni speciali dell'apparato urinario della donna gestante.

La contusione, per gli attriti del parto, del collo vescicale, non così forte da produrre lesione materiale, dà, soventi volte, luogo (come nelle autopsie s'incontra) a congestione flogistica capace di produrre iscuria e talora enuresi.

Solamente il rilascio delle parti genitali nelle multipare, segnatamente dopo il parto, congiuntamente alla pressione che i visceri addominali talvolta fanno sulla vescica possono egualmente dar luogo ad una perdita involontaria di urina. La grossolana sensazione, che produce nella vulva lo scolo dei lochii, del sangue, può dalla donna scambiarsi colla perdita delle urine involontaria.

Importa pertanto stabilir fin dai primi giorni, se questa esista; e se dipenda da fistola.

Il catetere sentito facilmente a nudo dal dito introdotto in vagina a traverso la fistola è piuttosto un mezzo quasi superfluo di collaudazione diagnostica, quando il crepaccio è grande; il dito solo, un po' esperto, bastando a riconoscer facilmente, anche senza quell'aiuto, la morbosa apertura e la sensazione del liquido diverso dal vaginale che gli scorre lunghesso, e cola per poco nel cavo della mano esploratrice, quando già dai fenomeni razionali, cioè dalla nissuna emissione d'urina per le vie naturali, dallo scolo continuo di questa per la vagina riconosciuto coll'ispezione e facilmente discriminabile anche nel periodo lochiale, dalla cessazione del bisogno mittorio non s'avessero sufficienti criterii per stabilire il diagnostico.

Anche l'esame collo specolo bivalve, o trivalve a valva mobile, oltrechè non vi si può addivenire nel principio del puerperio, può considerarsi, a petto dell'esplorazione digitale, superfluo nelle fistole recenti e vaginali.

Lo stesso non può dirsi delle antiche e di quelle uterine o uretero-uterine.

Nelle antiche difatti le fungosità, le briglie, lo spostamento delle parti ne mascherano talvolta cosiffattamente l'apertura vaginale, che occorre applicare lo specolo e per esso introdurre nell'apertura fistolosa uno specillo, onde sentire il catetere previamente con-



dotto per l'uretra. Lo stesso accade delle fistole piccole a tragitto sinuoso, nelle quali la perdita dell'orina non è continua o si fa più in una postura che in un'altra, nelle quali pertanto questo criterio è dubbio.

Nella fistola vagino-uretrale pure la perdita dell'orina per l'anormale apertura accade soltanto, quando la donna volontariamente orina. — Qui dunque, dove men facile è la diagnosi pei soli criterii razionali, l'utilità del catetere prevale.

V' hanno infine fistole di sede così alta ed oscura da abbisognare, per stabilirne la diagnosi, dell'iniezione per la via della vescica di liquidi coloriti, p. es., di latte già consigliata dal Petit, che col loro ritorno per la vagina ne la svelino o che segnino (Kivisch), su un tampone di bambagia previamente introdotto in vagina, in nero od azzurro il punto recondito della fistola.

Tali sono alcune fistole vescico-uterine, particolarmente quelle più rare, dette uretero-uterine, nelle quali l'orina dall'uretere si versa direttamente nel cavo dell'utero. In queste l'iniezione per la vescica di un liquido colorito, non tinge punto l'orina che esce dal cavo uterino, e si ha così un prezioso segno differenziale delle medesime dalle vescico-uterine, nelle quali le due cavità direttamente si abboccano.

I sovraccennati mezzi adoperati, occorrendo, col metter in varia giacitura la donna, bastano sempre a determinare l'esistenza e la sede della morbosa apertura.

Più difficile è la diagnosi esatta della forma della fistola e de' suoi dintorni, quando è antica e complicata. Il tatto non è per questo oggetto un'abbastanza fedele esploratore. Nel caso di operazione pertanto, importando avere una minuta cognizione d'ogni cosa, si potrebbe levar preventivamente il piano del campo, sul quale intendesi operare, con uno stampo di cera molle, seguendo la pratica di Lallemand, o col vaginoscopio.

## CAPO VII.

### PROGNOSTICO.

La fistola genito-orinaria essendo, più che malattia, infermità, è benissimo compatibile con una lunga vita. — Ma che vita!

Nello stato attuale dell' arte e della scienza, la guarigione radicale per opera della Medicina è una rara eccezione.

Se la fistola è piccola, uretrale, recente, guarisce qualche volta spontaneamente o coi più semplici aiuti dell' arte. Guarisce più facilmente quella che è l' effetto di un' azione traumatica diretta che quella che tien dietro alla caduta di un' escara.

Le fistole da affezione cancerosa sono un' infermità incurabile, come la malattia che le ha prodotte.

Le fistole larghe, complicate da aderenze, con grave perdita di sostanza, sono di guarigione più difficile che non le semplici a tragitto lungo sinuoso; gli è perciò che tra le guarigioni si annoverano casi di fistole prodotte da lento passaggio di un calcolo o curate colla protesi (Burci) (1).

Le fistole alte, come le vescico-uterine, le uretero-uterine, sono finora incurabili perchè inoperabili. Possono però guarire spontaneamente, quand' anche sieno antiche, per una nuova gravidanza, mercè la fusione e il rinnovamento lochiale del puerperio. A cose pari, guarisce più

(1) Si trattava di una fistola operata col Metodo americano ed inoperabile la seconda volta. Il prof. Burci ed il dottor Corradi pensarono turarla, come si fa per la perforazione del palato, con un bottone d' oro simile a quelli da camicia. La fistola guarì. Sono interessanti le osservazioni in proposito di quel fatto del prof. Mazzoni di Roma. V. *Giornale medico di Roma* 1867, fasc. 7.<sup>o</sup>





facilmente la fistola che succede al taglio regolare, come la litotomia vaginale, che non quella prodotta da lacerazione per stromenti ostetrici; questa più che quella che viene in seguito a crepaccio lento.

L'età avanzata, per la riduzione atrofica, che induce nelle parti dell'apparato sessuale, riduce e migliora, talvolta, anche la fistola colle sue conseguenze.

Il più sovente la cachessia prodottasi per le condizioni generali della salute, alterate dalla tristezza, e dagli effetti materiali già descritti, è la lenta ma diretta cagione di una morte sospirata.

## CAPO VIII.

### CURA.

Le iniezioni, le applicazioni emollienti e gli altri amminicoli, che si usano nel puerperio di donne affette da iscuria che può essere prenunzia di un processo flogistico-gangrenoso producente più tardi una fistola, sono già per sè, unitamente al cateterismo che è da quella indicato, una parte di cura ciecamente preventiva della lesione in discorso; la quale una volta stabilita e riconosciuta, presenta ancora le maggiori probabilità possibili di guarigione *curata immediatamente nei primi tempi del puerperio*. — Più tardi, cioè quando la morbosa apertura s'è cronicamente infistolita, ordinariamente non rimane altro alla donna che menomare le conseguenze della involontaria perdita dell'urina col raccoglierla in una saccoccia di gomma elastica abbracciante la vulva, o per mezzo di spugne introdotte in vagina e tenute fra le coscie; con artificiali otturamenti; colle lavature frequenti, e colle più diligenti e noiose cure di mondezze.

Per la guarigione radicale finora non v' hanno che due vie; l'una Chirurgica, quasi sempre operativa, in gran voga; l'altra Statica, che è in abbozzo, e che io sto per proporre.

Faccio l'esposizione dell'una e dell'altra.

## CAPO IX.

### CHIRURGIA OPERATIVA.

Lo scopo ch'io mi propongo, e la poca fede che ho in codesta, mi fa naturalmente esser breve e laconico nella rassegna dei molti metodi, pei quali i chirurghi hanno sciupato un inventività degna, a mio giudizio, di miglior applicazione.

L'obbietto primo ed unico della chirurgia (è bene dichiararlo subito) fu sempre questo di far chiudere o di chiudere l'anormale apertura all'uscita dell'orina. I mezzi tentati sono, andando per sommi capi, dai più semplici ai più composti.

1.<sup>o</sup> *Il cateterismo a permanenza, stando la donna in posizione orizzontale.* Questa è la più classica e in pari tempo la più volgare prescrizione che, nei casi di fistola recentemente riconosciuta, si soglia fare dai chirurghi.

A che giovi nella giacitura supina, che occorre pel catetere e permanenza, basta a persuaderne il lettore un'occhiata data al bacino e alla vescica in posizione supina (Tav. 4.<sup>a</sup> d c).

L'applicazione di questo vecchio stromento, nel caso in discorso, è una di quelle prescrizioni banali come il cataplasma che s'impone per guadagnar tempo. Ma seriamente v' ha egli chi pensi che possa giovare? Nelle fistole uretrali è inutile. Nelle vescicali l'orina non si raccoglie e il catetere non può pescare.



Io mi son persuaso più volte, che quel lieve sgocciamento, che si vede in queste circostanze dal padiglione del catetere, è fatto più da quel po' di orina che scorre lunghe l'esterno del medesimo, mal rinchiuso nell'uretra femminile, che non dall'orina che venga pel suo cavo. — In questi casi gli occhi del catetere sovrastano a quel velo d'orina che può raccogliersi, e perciò occorrerebbe che il medesimo terminasse ad un capo (l'interno) con una parte spugnosa, e all'altro avesse una boccia aspirante elastica munita di un ricettacolo di vetro per raccorvi l'orina aspirata; forse allora il suo ufficio sarebbe meno ipotetico, o compenserebbe lo sfiancamento che la sua dimora produce nel collo vescicale. Segalas, riconoscendo pure questo capital difetto degli occhi del catetere, ne faceva uscir una miccia di bambagia che avviasse meglio l'orina.

Del resto nel concetto chirurgico il catetere è solamente un amminicolo di cura, non la cura.

2.<sup>o</sup> *Compressione*. L'inzaffatura della vagina col pessario o tampone di bambagia, unitamente all'uso del catetere sovraccennato, è il procedimento più antico (quello di Desault) di questa cura che è tutta moderna, i cui studi cioè datano da pochi anni soltanto.

È inutile il dire che, ad onta delle guarigioni pretese, è un procedimento non solamente primitivo ed ingenuo, ma dannoso fors'anco, per l'imbevimento orinoso del tampone, impotente affatto ad impedire il passaggio dell'orina a traverso la fistola, della quale anzi divarica in alcuni casi le labbra.

3.<sup>o</sup> *La Cauterizzazione* o, come il Rizzoli la chiama, la *causticazione* della fistola, è un metodo che dà eccellenti risultati, siccome appare da una nota dell'illustre Professore pubblicata sul *Bollettino delle Scienze Mediche di Bologna* (1). Il caustico potenziale (tintura di can-

(1) Fascicolo di settembre ed ottobre 1867.



taridi o nitrato d'argento) nelle fistole piccole, segnatamente uretrali, nelle quali il passaggio dell'orina non è continuo, riesce assai bene; io stesso ne ho addotto un esempio della mia pratica (pag. 17). Riesce però meglio assai la causticazione col ferro arroventato (meglio ancora coll'elettro-caustica), mezzo chirurgico del quale è bene sia conosciuta l'efficacia e l'innocuità. — Il fuoco è l'ottimo degli astringenti; non distrugge ma crea. — Qui poi (cosa importante come vedrassi più lungi) *ispessisce* gli orli ed i dintorni della fistola, li ravviva senza lasciar, come pei caustici potenziali accade, il tramezzo di un'escara che ne impedisca la riunione, sendochè quella aderisce al cauterio o se ne va presto.

Io ho la massima fiducia in questo mezzo che applico sempre con notevole vantaggio nella cura delle affezioni cancerose dell'utero, senza che la donna ne risenta dolore o solamente incomodo, purchè la vagina sia guarentita collo specolo d'avorio, sostanza poco conduttrice.

La causticazione attuale conta qualche successo anche nelle fistole vescico-vaginali non troppo grandi. Io non avrei difficoltà a ricorrervi nelle vescico-uterine. È poi un eccellente sussidiario per ultimare la guarigione delle fistole residue di operazioni cruenta precedute e non riuscite.

4.<sup>o</sup> *Uncini e strumenti uncinati.* Con questi stromenti assai ingegnosi, come quelli di Lallemand, di Nægele, di Leroy d'Etiolles che son condotti per l'uretra, o quello di Laugier che agisce per via della vagina, si aggrappano le labbra della fistola, e si portano a contatto, agendo particolarmente sul posteriore nelle fistole trasversali (Laugier).

Il successo di questo procedimento chirurgico nella cura della fistola, per quanto i loro autori, specialmente il Lallemand, vi si sieno appassionati, è, e rimane dubbio — cosicchè di tutti questi stromenti io non ri-



terrei che le *serrefines* del Vidal applicabili per la via della vagina nelle fistole recenti e piccole. Io ne faccio grandissimo conto.

5.<sup>o</sup> *Sutura*. Questa si fa con molti procedimenti gl'uni più ingegnosi degl'altri, all'invenzione dei quali la Chirurgia Italiana, godo di notarlo, assai concorse. Pel lettore medico basterà ch'io accenni i metodi e gli stromenti inventati dal Fabbri, dal Malagodi, dal Roux, dal Gerdy, ecc.

Colla sutura non si fa che ravvivare e ravvicinar gli orli della fistola. Essa non è applicabile che nelle piccole fistole vescico od uretro-vaginali. È di riuscita equivoca. Avrebbe maggior probabilità di successo adoperata nelle fistole puerperali recenti, quando la flo-scezza, il panneggiamento della vagina prestano più stoffa. Dall'anzidetto va però eccettuato il metodo detto *americano* dal paese de' suoi autori (Sims, Bozenam). Il vantaggio differenziale di questo dagli altri procedimenti di sutura sta sostanzialmente nella cruentazione obliqua o imbutiforme delle labbra della fistola che si devono raffrontare, e nell'uso dei fili d'argento. — Con queste modificazioni, l'infiltrazione orinosa, cagione ordinaria dell'insuccesso delle altre suture, l'ha resa nei casi di fistole non troppo grandi più utilmente pratica, e già parecchie osservazioni si hanno anche in Italia della sua buona riuscita forniteci dal Mazzoni, da Perussi, da Bottini, quantunque si debba confessare che nelle mani di altri, pur valentissimi operatori, abbia avuto insuccesso.

Un altro metodo, detto a lembi, del signor Dubouè è pure lungamente descritto dal Churchill (1) e vantato come migliore dell'americano.

6.<sup>o</sup> *Autoplastia, Elitroplastia*. Destinata specialmente

(1) Pag. 917, *Traité des maladies des femmes*, Tomo II.

alla cura di quelle larghe crepe del setto genito-urinario, che sono fatte da gravi perdite di sostanza, conta due principali procedimenti; l'Indiano andato in disuso che toglieva in prestito i lembi di rabberciatura alle grandi labbra; il Francese detto dal suo autore, Jobert, per *spostamento*, che distacca dal fondo della vescica la tappezzeria vaginale, traendo in pari tempo all'ingiù l'utero cogli uncini, onde ottenere la stoffa necessaria al non troppo sforzato ravvicinamento delle labbra della fistola.

Questi colle loro accessorie modificazioni su per giù sono i metodi d'attuazione del principio d'autoplastia vescicale, alla quale è giocoforza addivenire nelle fistole larghe vagino-vescicali, vagino-uretro-vescicali, uretro-vescico-vagino-uterine, nelle quali riunire non basta, bisogna riparare alla grande perdita di sostanza. Vi si riesce? Stando ai risultati conosciuti dei casi, ne quali i suddetti metodi furono adoperati, la risposta è dubbia.

Tutti i cennati procedimenti appartengono al *Metodo diretto*.

Come vede il lettore, siamo tra continue gare di operatori, l'amor proprio de' quali non permette ancora una giusta estimazione statistica dei successi e dei naufragi.

7.<sup>o</sup> *Obliterazione delle vie genitali*. Nelle fistole inaccessibili, per la loro situazione, all'azione chirurgica diretta o incurabili coi metodi suddetti per troppo grave perdita di sostanza, si è pensato, in difetto di meglio, a togliere l'involontaria e continua perdita dell'orina, chiudendone, avvenga che può, l'uscita al di sotto della fistola. Perciò nelle fistole uretero o vescico-uterine, cruentate le labbra del muso di tinca, si riuniscono colla sutura di modo che, a risultato ottenuto, al passaggio continuo dell'orina per l'anormal via dell'utero si sostituisce il passaggio mensile delle regole per la



vescica a traverso la fistola. (Questo metodo, non dirò di curarla, ma di menomarne gl' inconvenienti, fu perciò detto *indiretto*).

Nelle fistole vescico-utero-vaginali con più o men grande perdita di sostanza si oblitera l'orificio vaginale (Vidal, Simon); o la vulva (Rizzoli), quando l'uretra sia inservibile, lasciandole superiormente un foro pel passaggio delle urine raccolte; o chiudendola affatto per sostituirvi una nuova apertura praticata (Costa Duarte) nella parte più alta del setto retto-vaginale, onde valersi dello sfintere dell'ano in sostituzione di quello uretro-vescicale; si muta cioè il retto in una cleaca.

Queste oblitterazioni, già proposte, anche per le meno grandi fistole, da Vidal, da Diffenbach riescono. Ma sono esse propriamente una cura della fistola?

Sarebbe inutile ch'io mi diffondessi nella descrizione dei singoli atti operativi, o nella esposizione dei metodi e delle infinite modificazioni, che subirono in pochi anni dalla feconda inventività della Chirurgia, non essendo mio scopo quello di glorificarli o di entrare in un campo già abbastanza solcato dai Trattatisti.

A me basta aver accennato ai principii direttivi precipui della cura Chirurgica delle fistole nello stato attuale della Scienza. — Bastava anzi ch'io m'occupassi soltanto della *diretta*, cioè di quella (zaffo, uncini, cauterizzazione, sutura e autoplastia) che si propone direttamente di levar la perdita dell'orina, procurando di chiudere la fistola.

## CAPO X.

### ESTIMAZIONE.

Qual è il valore terapeutico degli accennati metodi *diretti* nella cura della perdita involontaria d'orina per fistola?

Cominciamo dall'eccettuare — per parte della malattia — le fistole uretrali piccole, che guariscono da sè o coll' aiuto dei più semplici compensi, e le vaste, più che fistole, sfondature del tramezzo genito-orinario, le quali sono immedicabili e solo palliabili con uno dei procedimenti della chirurgia sostitutiva (V. metodo indiretto).

Dal lato dei metodi — facciamo pure una onorevole, sebben magra eccezione, in favore della causticazione attuale e del tanto vantato metodo americano.

Rimarrà pur sempre ancora un ragguardevol numero di fistole non guarite o incurabili allo stato attuale dell'arte.

S'aggiunga, che non tutte le donne ricorrono all'arte; quale per negligenza, o per miseria, o per vergogna, o per pusillanimità s'astiene. Tra quelle poi che s'assoggettano alla chirurgia, quante sono le realmente e perfettamente guarite?

Non parlerò della ripetuta rinnovazione degli atti operativi, e nè manco delle lievi (vere) incontinenze d'orina, che sovente conseguono la migliore delle guarigioni. Farò solo notare che, nel fare una Statistica approssimativa assai equa della proporzione tra le guarite, o no, delle operate di fistole vescico-vaginali, fatta la tara dell'amor proprio degli autori e degli operatori, sempre disposti ad illudersi sugli insuccessi, bisognerà pur aggiungervi quella del pudore e della filosofia della donna, la quale, visto incompiuto un primo e secondo sperimento, si fa, a scanso di peggio, sovente complice di una pretesa guarigione (1).

(1) È questa la storia del prollasso dell' utero e del pessario. Una donna si presenta al chirurgo meccanico per l' imposizione d' un pessario. Essa non se ne trova sollevata, perchè quello non è adattato alla forma degli organi, al grado di prollasso, ecc. Preferisce pertanto



Di ciò gli Specialisti di malattie uterine in genere possono fare testimonianza, e, rispetto alla cura delle fistole, io me ne appello ai risultati che sono in maggiore evidenza, ma ancor più alla coscienza dei Chirurghi veramente pratici.

D'altronde, la premura, il vanto stesso, col quale si annunzia il successo di un' operazione intesa a curare una fistola genito-orinaria, per quanto sia lodevole e giusta di gloria dispensiera, è una riprova di più dell'eccezionale successo della cura coi metodi finora conosciuti — nè io credo andar molto errato, se nell'assoluta impossibilità di dati statistici aritmeticamente esatti su quest'argomento, avvicino la statistica delle operazioni di fistola riuscite a perfetta reintegrazione della funzione degli organi genito-orinari, a quella della operazione cesarea. A tale opinione, da me interrogati, s'accostano pure due pratici Italiani di lunga esperienza, i Professori Vannoni di Firenze e Pantaleo di Palermo.

Tuttavolta non lancerò, contro i nobili tentativi della moderna Chirurgia, l'anatema oggi troppo severo che nel suo Trattato (1) scrisse in corsivo il Vidal « je pense qu'il n'existe pas dans la science une observation bien faite, bien authentique, de guérison complete de fistule vescico-vaginale; fistule due à une perte de substance du bas fond de la vessie. » Mi contenterò, col Leroy d'Etiolles (2), più antico, ma più moderato ed equo, di dire (e credo anche oggidì essere nel vero) « que dans la cure des fistules vescico-vaginales (tanto più nella

tenersi l'incomodo e non torna più dal chirurgo. Questi frattanto se tiene la statistica, noterà questo come un successo a favore del suo pessario.

(1) Tom. 3, pag. 55, edizione 1833.

(2) LEROY d'ETIOLLES, *Traité des angusties et des retrecissements de l'uretre*. Paris 1843.

vescico-uterina) l'insuccès est la règle, le succès est une rare, très rare exception. »

Qual è la ragione per cui, all'inverso della cura di tutte le altre fistole di altre regioni, l'insuccesso è qui la regola generale?

Cerchiamola nella storia di questa lamentabile infermità.

Al dire dei Francesi, fino a L. Petit cioè sino al principio del 1773, non risulta che la chirurgia abbia pensato alla cura della fistola genito-orinaria.

Però Bertrandi, quel grand'uomo che non era semplicemente un compilatore e che perciò morì presto, dettava sin dal 1738 cioè più d'un secolo fa (1) « Nelle donne, nel parto difficile, può contundersi, lacerarsi ed aprirsi l'*uretra*, il *collo della vescica* o la *vescica* stessa, perchè tali parti sieno state costantemente compresse contro le ossa del pube dalla testa del feto, o perchè v'abbia incontrato la punta dell'*uncino* di cui si abbia fatto uso. Se fu solamente ferita l'*uretra*, vedesi l'orina colar basso per la vagina tra le labbra del pudendo, ma non involontariamente come negl' altri casi. Devesi tostamente applicare la *cannella* o *siringa flessibile* affine che l'orina non passi sopra la fistola. Il Levret nel suo libro dell'Arte di Ostetricare propone di fare iniezioni ammollenti, per cui si tengano molli le labbra della ferita, onde possano, dic'egli, farsi que'bottoncini carnosì per cui la parte si congutini; ma, se le labbra divenissero *callose* e la fistola fosse all'*uretra*, propone di farvi alcune scarificazioni, e, per farle comodamente, dice di dover far collocar la malata sui gomiti, e sulle ginocchia con un grosso cuscino sotto il ventre ed operando per di dietro, dilatando la vagina collo *specchio dell'utero*. Devono queste scarificazioni farsi leggiere e ben prossime, soste-

(1) *Opere Anatomiche Cerusiche*, tomo IV, pag. 68.



nendo l'uretra colla tenta. La fistola della vescica non ammette operazioni ed è per lo *più incurabile* ».

In breve quei primi conobbero e descrissero le fistole genito-orinarie, ma facevano niente; ciò che si chiamò, « Metodo! di aspettazione. »

Fu questo, risultato semplice di sperimenti infruttuosi e rimasti oscuri, o non piuttosto l'effetto complesso di quell'incuria a cui solidariamente, ne' tempi scorsi, concorrevano la soverchia pudicizia delle donne e il poco studio per parte dei Medici di quanto riguardava le malattie sessuali?

Il fatto è, che i primi esperimenti di cura, chirurgici, delle fistole in discorso furono tentati dal Desault (1792) col metodo che porta il suo nome. Non s'era ancora pensato a ravvivarne i margini callosi, condizione indispensabile per la riunione. Tant'è, che l'autore dell'articolo *Fistule* del Dizionario delle Scienze Mediche stampato nel 1816 dice, parlando del metodo suddetto e delle fistole antiche « Quelques chirurgiens ont proposé aussi de rendre les bords de l'ouverture fistuleuse saignans en les ecorchant avec *les doigts*! (!) ou les coupant avec des ciseaux ».

Venne, a tal uopo, la cauterizzazione prima coi caustici potenziali, poi col ferro rovente. Questo razional ed efficace metodo di cura conta tra i primi Italiani che lo adottarono (son più di 50 anni) il Monteggia. L'insuccesso di questo modo di ravvivamento e di riparazione in molte fistole, segnatamente grandi, fece pensare ad agire sulle labbra della fistola, cruentate prima o cauterizzate (Lallemand), per mezzo di particolari congegni (erignes di Lallemand, di Leroy, di Laugier, di Naegele) 1814 a 30; colla sutura, Malagodi Fabbri (1830), Gerdy Roux (1840-44) procurandone la riunione immediata col taglio a perpendicolo degl'orli.

In vista dei rari successi attribuiti, con una certa ra-

gione, alla perdita di sostanza sempre assai considerevole nella maggioranza delle fistole, che cancella le duplicature vaginali, Jobert de Lamballe (1846-47), modificato poi e seguito da altri, pensò di riuscir meglio coll'Autoplastia, cercando di dar stoffa al campo di riunione per evitarne la stiratura, cui egli attribuiva gran parte dell'insuccesso.

Non avendo nemmeno questo metodo corrisposto alle speranze che l'autore aveva concepito e magnificato, l'irrequieto cervello Chirurgico ne trovò la ragione nell'infiltrazione orinosa, che, facendosi tra gli orli riuniti a perpendicolo e per la capillarità dei fili della sutura, ne impediva la cicatrizzazione; per ovviar ai quali sconci, i signori Sims e Bozenam (americani) immaginarono in questi ultimi tempi di sostituire nella sutura i fili d'argento agli ordinari di refe o seta, e di tagliar obliquamente i margini della fistola da riunirsi immediatamente, onde meglio sottrarre la ferita allo scolo orinoso e accrescerne la superficie, di adesione troppo limitata ne' precedenti metodi. Tuttavia anche col metodo americano, che è pur l'eroe del giorno, son ancor tanti gli insuccessi, che abili operatori sono obbligati a ricorrere ai più antichi o all'indiretto.

Questo è lo stato presente dell'arte nella cura delle fistole. Ha dessa la Medicina pronunziata l'ultima parola? La Scienza e l'Umanità hanno esse ragione di essere soddisfatte?

A me non pare.

Ho prescelto rispondere al quesito propostomi per mezzo di una succinta, ma compiuta storia delle vicende della fistola genito-orinaria, perchè sta nel mio assunto dimostrare che, se la cura di questa, a differenza di tutte le altre trattate dalla chirurgia operatrice, approda a così rari successi, gl'è appunto per essere stata esclusivamente affidata alla chirurgia operatrice,



la quale, nelle mille ingegnossissime sue operazioni, non seppe mai svincolarsi dall'idea di voler guarire la fistola coi tagli, colle autoplastie, colle cuciture.

Ciò nei metodi diretti; nell'indiretto si taglia, si cruenta, si cuce ancora: è proprio il caso di sciamare parodizzando gl'immortali versi dell'Alfieri (1).

Tagliar, sempre tagliare! Altro consiglio,  
O Chirurgia, non hai?...

Le ragioni dell'insuccesso nel campo esclusivamente chirurgico, in cui s'è tenuta finora la cura della fistola, sono le seguenti, alcune delle quali furono addotte e confessate dagl'autori medesimi dei varii procedimenti operativi.

L'insuccesso dipende:

1.<sup>o</sup> Dalla difficoltà di operar bene in parti ristrette, interne (per quanto si procuri di esternarle); dalla posizione assai imbarazzata, in alcuni procedimenti, della donna e dell'operatore; dalla complicazione degl'atti operativi difficili sempre, per i quali si richiede un'abilità rara; difatti riescirono in mano di Sims e di Bozenam, ma non di molti altri pur provetti operatori.

2.<sup>o</sup> Dalla difficoltà di una giusta topografia di parti mutate da aderenze, e di una previa cognizione esatta della forma irregolare e delle condizioni della fistola.

3.<sup>o</sup> Dalla sua ampiezza, cioè dalla grande perdita di sostanza, per la quale si richiedono autoplastie, che riescono già difficilmente per sè fatte all'esterno; o da combaciamento meno esatto dei lembi; o alfine da soverchio stiramento delle suture.

4.<sup>o</sup> Dalla sottigliezza delle parti poco favorevole a cicatrice.

5.<sup>o</sup> Dalle condizioni statiche e patologiche della vescica-orinaria ristretta, abolita, malata.

(1) *Congiura de' Pazzi*, atto I.<sup>o</sup>, scena I.<sup>a</sup>



6.<sup>o</sup> Dall'infiltrazione dell'orina, o, per lo manco, dall'inevitabile suo contatto su un tratto qualunque, sia pur piccolo, delle parti cruentate.

Quest'ultima cagione, è la principale. Sappiamo difatti, che dei molti liquidi del corpo umano, che per via d'una fistola fuori si versano, l'orina è il più acre; la sua fluidità poi toglie che, per quanto esatto riesca il combaciamento degl'orli o parti cruentate, esse possano (ad onta delle illusioni del cateterismo) onninamente sottrarsi al suo contatto diretto, e questo nuoce in due modi al lavoro adesivo, irritando ed esportando i materiali (linfa plastica) versati per la riparazione.

A questo principalissimo sconcio tende a rimediare la riunione a taglio obliquo, come l'enfiagione prodotta dal ferro rovente rimedia, ispessandoli, alla sottigliezza degl'orli. Pure il fatto statico dell'orina rimane. — Perché non si andò oltre nel cercar di eliminar questo ultimo e principalissimo fatto, a petto del quale la riunione di tutti gl'altri elementi di insuccesso, è, si può dir, cosa da poco?

Io non insisterò maggiormente su le ragioni di quest'insuccesso avverato e frequente. Mi basta che i fatti persuadano, non esser certo dalla chirurgia operatrice, la quale ha ormai esaurito tutti i mezzi possibili, che s'avrà la soluzione *normale* di quest'importante problema. La Chirurgia qui s'è smarrita in un viottolo, per aver abbandonato la strada maestra. Fuorviati da ambiziose gare, insigni operatori, uomini di molto ingegno si travagliarono, e tuttodi inutilmente si travagliano, come chi cercasse di raccogliere acqua col crivello o di riempir un fiasco capovolto, per aver troppo negletto o scordato i principii di massima, i grandi principii direttivi della cura delle fistole.

Quali sono questi principii? Levar l'ostacolo, se ve n'ha, al corso naturale degli umori, avviarli per la loro strada normale.



Ciò fatto la fistola, che era, nosologicamente parlando, il principale, diventa un epifenomeno che presto cessa con tutte le sue successioni più o meno apparenti.

Questa è la norma generale nella fistola lacrimale, nella stenoniana, nella lattea, ecc. I mezzi chirurgici diretti alla chiusura della apertura fistolosa, ciò ottenuto, o riescono inutili, o vengono in linea affatto secondaria per attivarla o per renderne men deforme, più regolare la cicatrice.

Vediamo che cosa accade nel picciol apparato lacrimale, che ha coll' orinario molta analogia... Qui difatti abbiamo una ghiandola (reni); un condotto escretore che continuato, per mezzo dell'immaginazione, coi punti lacimali rappresenta gl' ureteri. — Un sacco lacrimale (cisti-orinaria); un canal nasale (uretra), colla differenza che quello è scolpito nell'osso, e manca, non avendone bisogno, di sfintere; — finalmente un liquido (lacrime, orina) il quale, tuttochè meno acre e colante per l'apertura fistolosa, che è esterna, sulla cute, pure la escoria, ed è uno dei principali incomodi, per cui si cerca di guarirne.

Quando, per l'ostacolo prodottosi nel canal nasale, la fistola ha luogo e si mantiene, che cosa fa la Chirurgia? S' indirizza all' ostacolo.

Nelle fistole recenti bastano talora gli antiflogistici. Però gl' è per lo più col cateterismo del canal nasale, col setone, coi caustici ecc. che quello si toglie. La Chirurgia colle medicazioni, cogl' atti che qui devono essere necessariamente operatorii, non ha mai sognato di voler *guarir la fistola, procurando di chiuderne direttamente l'apertura esterna*. Leva l'ostacolo; dopo di che la fistola guarisce da sè, ciò che va compreso nel motto dogmatico *ristabilimento delle vie lacimali*.

Questi esempj si possono moltiplicare, e tutti, all'uopo, dimostrano che la chiusura della fistolosa comunicazione,



anche grande, anche incronichita e complicata, è l'ultimo pensiero, quando ne sieno tolte le cagioni materiali e prime. Così una fistola dentaria, che ha durato anni e resistito a tutti i caustici; così un seno da necrosi; così una fistola lattea, tutte quasi immediatamente si chiudono, cessato a traverso ai medesimi lo scolo; e lo scolo cessa, non appena è levata la radice, il sequestro, il turgor puerperale che mantenevano il pus, la sanie, il latte.

Applichiamo questi immutabili principii alla fistola genito-orinaria.

Leviamo dapprima l'ostacolo.

Ma qui mi si osserverà, con quell'infallibile sorriso proprio degl'immobili verso i semoventi, dov'è l'ostacolo? Dov'è il canal nasale ristretto; lo sbocco del condotto stenoniano otturato? Dov'è, non foss'altro, la condizione, il corpo materiale che rappresenti il sequestro, la radice cariata, che colla suppurazione mantiene aperto il seno?

Gli è vero, si aggiunge, che l'uretra sovente si trova ristretta o chiusa; ma questa è già una successione dello sviamento dell'orina, una remota conseguenza della gran legge di finalit , per cui non esiste o sparisce tutto che non ha, o non ha pi  ragione d'essere. L'ostacolo che mantiene la fistola, che conviene levar pertanto,   la scemata capacit  della vescica, il condensamento delle sue pareti, che, impedendo all'orina di raccogliervisi, mantiene la fistola. Quest'ostacolo come potrebbe altrimenti togliersi che completando, rabberciando la parete rotta?

Pare logica ed   sofisma.

Il sofisma per , per legge d'affinit  e di abisso, se ne trae sempre dietro degli altri. — La Chirurgia, che pur



vedeva che non riusciva, ne ha sempre incolpato i metodi operativi, e, non guardando più in alto, giunse a inventarne di quelli così perfetti per novità di stromenti, di fettucce, di procedimenti, da rimanerne essa medesima abbagliata.

Stabilita dall'ammirazione universale la superiorità, la perfezione ultima di un metodo, come salvarsi ancora dall'obbrobrio di un nuovo insuccesso?

Con un nuovo sofisma. Tutto andava per lo meglio nella migliore delle vagine possibili; la cicatrice era omai compiuta; il successo assicurato. Ma la vescica, non prestandosi alla distensione fattavi dalla orina che vi si accumulava, si ruppe nuovamente, e, naturalmente, nel punto più tenero rappresentato dalla cicatrice già bene avviata o fatta!!! Gran che quando non s'accusa l'alunno di servizio, che ha (Jobert) mal diretto il cate-tere!...

Chi si minchiona? . . . Di queste sanatorie a un falso principio, a un'operazione mal riuscita, noi, invecchiati negli ospedali, ne abbiamo sovente udite e ne conosciamo i moventi . . . Non noi, adunque, siamo i minchionati, ma l'Umanità che soffre, e un po' anche quella che studia per imparare . . . Me ne appello alla coscienza dei Lamballisti e dei Marionisti i più sfogati.

Il fatto è, che è impossibile con qualunque metodo, vuoi autoplastico, vuoi di semplice combaciamento, riescire a una *perfetta* applicazione delle superficie che devono conglutinarsi in *tutto* il loro ambito, tanto almeno da impedire ogni e qualunque infiltramento di orina tra le medesime, stabilitosi il quale — in un punto anche piccolo — *de proche en proche*, addio processo di riparazione!

Il fatto è che altro è adoprar stromenti, fili, e denominazioni le une più ingegnose, delle altre, e presentare ad una scolaresca benevolmente prevenuta una



bella sutura dal lato vaginale, come sinonimo di operazione riuscita, quando non si ha e non si può avere nissuna guarentigia dell'esatto combaciamento per di dentro, dal lato della vescica dove veramente importa, altro è guarire!

Il fatto è che la chirurgia ha finora saputo trovare nel suo genio ingegnose invenzioni per rimediare in via autoplastica alla perdita di sostanza, alle irregolarità, alle callosità delle cicatrici, delle aderenze; ma la vera quistione, la quistione di principio fu finora lasciata in disparte.

L'ostacolo non è nella vescica, come non lo è nell'utero, nei casi ne' quali questa si trova abolita. L'ostacolo qui è rappresentato *dalla situazione verticale o supina della donna. È codesta quella che mantiene la fistola, che manda e manderà sempre a male la massima parte delle cure dirette, esclusivamente operative.*

Io dico davvero che, se non fosse cosa lagrimevole e seria per le povere donne (facile e docile materia da sperimento), mi verrebbe proprio da ridere ogni qualvolta pensassi a quel lavoro da Sisifo, che è il ristabilimento *du plancher vescical* con qualunque siasi de' processi più in voga.

Si chiami *par glissement*, *par occlusion*; si adorni di quei nomi esotici più o meno angolosi, che fan sempre effetto fra la monotonia delle nostre parole troppo arrotondate; s'intitoli da Marion Sims, o da Baker-Brown; ma il buon senso, l'esperienza, i principii che a ciò tutto sovrastano, lo giudicano e lo condannano.

Se vi ha cura radicale della fistola genito-orinaria; se ha da ottenersi il ripristinamento degli organi nella maggiore loro integrità o per lo meno colla minor loro jattura possibile; se le operazioni hanno ad evitarsi, o da semplificarsi, e, quando vi si debba ricorrere, presentar probabilità di riuscita, bisogna adunque levar



anzi tutto l'ostacolo al ravviamento delle orine per l'uretra — in altre parole, *in vece di mirare a chiudere la fistola per togliere la perdita dell'orina, bisogna anzi tutto levar la perdita dell'orina per chiudere la fistola.*

Come ha da riuscir la cura chirurgica coi metodi attuali, quando essa lascia persistere la cagione della perdita rappresentata dalla posizione medesima che ha, dopo la caduta dell'escara, prodotto e mantenuto la fistola? Come può, in una parola, mantenersi l'otturazione di una bottiglia piena d'un liquido corrosivo, puta d'acido solforico, capovolta e tappata di sughero? È cotesta una questione tutta d'idraulica e un po' di chimica, equiparando l'azione dinamo-chimica dell'orina sul tu-racciolo organico autoplastico a quella tutta materiale e chimica dell'acido sul tappo di sughero.

Disgraziatamente la Chirurgia, che pure è positiva, ha anch' essa le sue nebbie, o per lo meno le analogie, prese esclusivamente nel proprio campo, l'hanno finora stornata da considerazioni più generali.

È vero, che riesce assai bene la stafilorafia, rabberciamento di aperture, talora assai grandi, di un tessuto che per la sua sottigliezza fu detto *velo* (più sottile per fermo del setto vescico-orinario); riesce anche bene la protesi; ma il muco, che viene in contatto degli orli della sutura, può esso paragonarsi all'orina?

È bensì vero eziandio che, dopo la litotomia perineale, non succede, o, se succede, guarisce facilmente nell'uomo la fistola urinaria, ad onta del decubito supino. Ma qui si tratta di un taglio regolare in una spessore di tessuti di parecchi centimetri, che coll'immobilità, coll'acconcia postura delle membra, vengono a contatto — e ancora si è trovato preferibile il taglio prostatico a quello della parte membranosa dell'uretra

al quale, come di parte più sottile, tenea dietro più sovente la fistola.

Le fistole retto vaginali guariscono pure assai facilmente da sè o per cura chirurgica diretta, perchè la loro ubicazione è favorevole, nell'ordinaria giacitura supina, all'allontanamento delle materie dal foro fistoloso, perchè queste per lo più son dure, o se ne favorisce l'uscita, e danno perciò tempo alla cicatrice di formarsi.

Io medesimo ho avuto un esempio di fistola stercoracea del setto retto-vaginale da me involontariamente procurata, che vidi in pochi giorni guarita. — Fui tre anni fa consultato, unitamente al mio collega prof. Restellini, da una signora affetta da ulcerazione fungo-cancerosa del collo uterino. Credetti bene di applicarvi un pezzo di nitrato d'argento grosso come un pisello, acciocchè colla lenta sua fusione distruggesse quel grosso cespite di fungosità che sorgeva specialmente dal labbro posteriore; lo fissai in sito con un tampone di filaccia. Ciò nullameno il pezzo si smosse e scivolò in vagina. Con mia sorpresa, di lì a due giorni esaminando la malata, trovai passaggio di materie stercoracee nella vagina e una fistola del setto vagino-rettale che ammetteva l'apice del mignolo. Dissimulai per non isbigottir la malata, però ne feci consapevole il mio collega e raccomandai qualche clistere colle consuete cure di pulizia. Di lì a quindici giorni la fistola era chiusa.

Ma qui la posizione supina era anzi favorevole alla cicatrice. Lo è dessa per la fistola vescico-vaginale, prima e dopo l'operazione, nella posizione classica che è l'orizzontale supina; o non è questa piuttosto fatta a posta per mettere in miglior rapporto coll'apertura vescico-vaginale l'orina scendente dagli ureteri e tendente pel suo peso alla linea perpendicolare?

Non deve essa nelle fistole piccole impedirne la riu-



nione, allargandole; non dovrà col suo ristagno, appunto sul teatro dell'operazione, mandarla a vuoto?

La conclusione mi sembra elementare.

Rovesciamo l'argomento, cioè invertiamo (come nella Tav. 1.<sup>a</sup> a b) la orientazione dell'apparato genito-urinario di modo che l'orina discendente dagli ureteri sia costretta a scorrere, a raccogliersi su parte integra; facciamo che la parete anteriore della vescica diventi essa basso fondo, e questo diventi parete posteriore. — Che ne avverrà?...

Ce lo dice il bubonocoele, che si riduce da sè pel fatto della posizione inversa a quella in cui si produce; lo dimostra la ferita, così diversa ne' suoi effetti, del cavo oculare, secondochè accade superiormente o inferiormente; lo conferma la chirurgia operatrice che ha inventato la Keratotomia superiore per ovviare agli sconci dell'inferiore, lo dice finalmente la ferita ipogastrica della stessa vescica, vuoi operativa (puntura), vuoi traumatica accidentale, che guarisce facilmente senza conseguenza di fistola; al qual proposito non posso trattenermi dal citare una originale e pittoresca frase del vecchio Petit « je n'ai jamais vu, dice egli, arriver d'accident en consequence de cette ponction; je la regarde, pour ainsi dire, *comme un coup d'épée dans l'eau* ».

Si citano bensì alcuni casi di fistole (?) orinarie alla regione ombellicale (1). Ma oltrechè è quasi sicuro che una fistola venuta così, senza cause apparenti, in quel punto era piuttosto un ripristinamento dell'uraco prodotto, in un caso, da ostruzione dell'uretra, in altri da rilascio di pareti per gravidanza, per vecchiaja, esse guarirono, come sempre guariranno, molto facilmente.

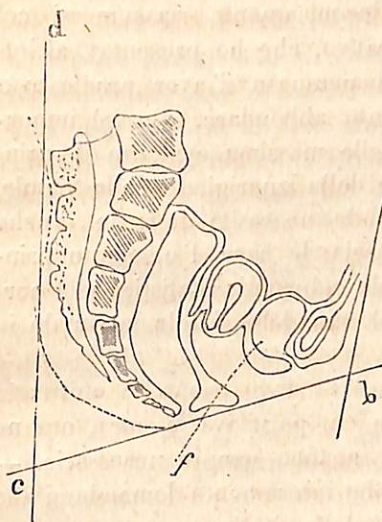
Tolta la ragione di sua esistenza, cioè il passaggio dell'orina, l'anormale apertura non infistolisce, ed anche infistolita si chiude.

(1) Dict.<sup>re</sup> des S. M., Art. *Vessie*, pag. 548.

Come pertanto guariscono le ferite vescicali ipogastriche colla posizione verticale o supina, devono guarire ugualmente (sebbene un po' meno prontamente), le fistole genito-orinarie colla giacitura ventrale o prona, purchè le vie naturali siano ancora pervie o ridischiusate.

Anzi, guardando allo schema qui sottoposto, il lettore

Tav. 1.<sup>a</sup> (1) *f* fistola.



meraviglierà, vedendo quanto favorevole avviamento verso il collo vescicale dia alle orine la conformazione naturale del piano anteriore o retro-pubico della vescica nella posizione ventrale. Perchè non fu questa finora praticamente sfruttata?

(1) Questa e le successive tavole sono dovute alla buona matita del signor Camillo Marietti, il quale, interpretando così lodevolmente i miei poco artistici scarabocchi, ha dimostrato come, quando ne avessimo la voglia, sarebbero possibilissime le grandi opere scientifiche bene illustrate, confezionate in casa, senza far venire i *clichés* dall'estero.



## CAPO XI.

## CURA STATICA.

## § I.

So, che tutte e le troppe cose dette nel precedente Capitolo potevano più laconicamente riassumersi col semplice schema comparativo, che ho presentato al lettore, e son più che mai persuaso d'aver predicato a convertiti. Pure ho voluto abbondare, perchè importava metter in sodo e nella massima evidenza il principio unico, indeclinabile della guarigione delle fistole, e l'assoluta, l'indeclinabile necessità di farne, anche per la fistola genito-orinaria, la base, l'elemento principale di cura, se si vuole ridurne la Statistica alla normale delle malattie omologhe, della fistola lacrimale in ispecie.

Accettata questa premessa, dove prima la chirurgia operativa era la base su cui poggiava la cura, ora ne diventerebbe l'accessorio neanco sempre necessario. — La cura pertanto dovrebbe interamente domandarsi alla applicazione dei principii della Statica.

Ma qui, lasciate le regioni matematiche della teoria, comincia la parte più seria del mio assunto nel campo della pratica.

Si tratta difatti di far accettare, e di mostrare attuabile la giacitura ventrale, analoga a quella che hanno naturalmente i bruti, per tutto il tempo, che può essere relativamente assai lungo, occorrente alla guarigione di una fistola genito-orinaria. Intorno a che s'incontrano due difficoltà; l'una meno grave d'ordine morale; l'altra più seria, materiale affatto.

Primieramente ripugna all'uomo l'idea di potersi atteggiare alla posizione che hanno i quadrupedi;

È dessa codesta ripugnanza un portato dell'organizzazione, o effetto di pregiudizio?

Non è questo il tempo nè il luogo di addentrarmi in una discussione filosofica, che potrebbe trascinarci a considerazioni di genere umoristico. Io inclinerei ciò nullameno per la seconda delle due opinioni, considerando quanto ei si compiaccia del titolo di Leone, di Volpe e, all'occorrenza, anche di Toro, mentre s'adonta poi d'esser paragonato all'epatico augello di Strasburgo, che è pur un bipede come lui.

Ad ogni modo è un fatto che l'uomo, più che nell'intelletto, o nella ragione, ripone la propria nobiltà nel motto blasonico espresso nei classici versi:

.....  
 Dum prona respicerent animalia cœtera terram,  
 Os homini sublime dedit, cœlumque tueri  
 Jussit, et elatos ad sidera tollere vultus.

Ed è tale il sentimento di questa sua nobiltà

Che, quantunque briaco a crepapelletto,  
 Pur, nel giacer, lo spirito divino  
 Volger gli fa l'ombellico alle stelle (1)

Difatti l'uomo, dormendo o adagiandosi, comunque, a riposo, a differenza degli altri animali, preferisce la posizione supina. Eppure non è questa giacitura, cotanto caratteristica della nostra razza, che un effetto d'abitudine presa dall'infanzia e mantenuta più tardi da sviluppo di alcune parti che, nella donna particolarmente, rendono difficile la prona; tant'è che in alcune contrade, segnatamente del meriggio, le balie quetano i loro bimbi ponendoli a giacere sul ventre. nella qual giacitura (è facile persuadersene) i neonati mostrano di trovarsi molto contenti. Nel trastullarsi, facilmente a quella po-

(1) Pet. ined.



sizione s'atteggiano i fanciulli. Il soldato imbarazzato dalla giberna, il campagnuolo più primitivo, quante volte non dormono i lunghi sonni sulla nuda terra, facendosi guanciaie delle braccia al fronte? (1).

Faccio queste osservazioni, onde dimostrare, che un breve ritorno alla natura per un interesse così grave come quello della salute, l'abdicazione momentanea di quella incontestata dignità a cui, anche dormendo, l'uomo s'atteggia, non solo non deve urtarne il senso morale, ma gli è anche naturalmente possibile; che anzi (e questo mio lavoro avrà forse l'effetto di farne, se non altro, meglio studiar l'attuazione) potrebbe con vantaggio venir applicata in molte malattie dell'utero, de' reni, del midollo spinale, nelle quali la giacitura dorsale o semi-dorsale, pel calore che concentra nelle parti adjacenti o per le stasi che favorisce, aggrava lo stato morboso.

La quistione della giacitura nella cura di molte malattie, come quella della dieta del sonno, non è ancora molto studiata, tanto meno poi praticamente.

V'hanno persone, per le quali la malattia, in difetto di una buona definizione che è sempre di là da venire, è sinonimo di posizione orizzontale, e viceversa. — Eppure la natura stessa ci indica che, per alcune, bisogna mutarla.

Nell'asma ci sentiam sollevati, sedendo col corpo inclinato in avanti. Nella colica ci premiamo il ventre o vi ci corichiamo sopra per sollievo. Nella pleurite si stà sul lato opposto al dolore, che qui indica ingorgo.

Nella retroversione d'utero la posizione continuata sul ventre sarebbe indispensabile, come sarebbe utile in

(1) Nel tempo delle parrucche (così narrava a me piccino il babbo) i soldati, che pur l'avevano d'*ordinanza* col relativo codino, quando erano in gran montura di guardia al Palazzo Reale, dormivano bocconi, per non guastare questa parte così importante del *marziale* loro assetto.

alcune ferite accidentali, o chirurgiche dell'addome. Queste son cose palmari. Alcune stan scritte nei libri, ma i loro autori non sempre, data l'occasione, le mettono in esecuzione.

Le difficoltà pratiche, ma più forse gli usi e la vecchia *routine*, prevalgono sempre alla logica. Nella ritenzione della placenta consecutiva all'aborto, p. es., perchè non si tien alzata la donna (1), per favorirne la liberazione ed ovviare agli effetti statici dell'assorbimento putrido assai più grave di quel po' di stanchezza o di febbre, per cui le si raccomanda di star a letto? Noi, razza latina, sogliam meravigliarci della giacitura laterale, nella quale partoriscono le donne di un'altra razza le Inglesi. I Persiani invece si meravigliano del nostro modo di star seduti.

Quanto son mai paperi.... i Persiani!

Venendo ora alle difficoltà materiali della giacitura addominale, capisco benissimo ch'esse tutte quante si riferiscono alla possibilità di tenere, nelle donne segnatamente, nelle quali il petto fa ostacolo, quella postura durante una cura un po' lunga come quella di una fistola. Gli è di ciò appunto ch'io mi sono occupato, e che spero poter risolvere lodevolmente nella fattispecie in discorso.

Ma, prima d'innoltrarmi in esperimenti diretti, prima di domandar alle donne un sacrificio di tempo indeterminato che riuscir potesse infruttuoso, la questione della riuscita, dell'utile della mia proposta potea venir anticipatamente rischiarata da argomenti pratici e di analogia — e vi ebbi ricorso.

In qual modo si comportano le fistole genito-orinarie nei quadrupedi, ne' quali naturalmente la vescica urinaria è posta sotto la vagina? Interrogai su tal propo-

(1) Vedi il mio *Breviario Tascabile* Art. Liberazione, pag. 23.



sito due distinti naturalisti pratici i Professori Perosino, e Bassi.

Premetto che, quantunque gli animali domestici nel parto partecipino già alquanto delle innormalità, alle quali lo stato domestico sociale, e la gravosa amicizia dell'uomo li assoggetta, e che pertanto sia ne' medesimi, relativamente agl'altri, frequente l'intervento Ostetrico-Veterinario, tuttavia e per la peculiar conformazione della loro pelvi, e per quella del feto, specialmente della sua estremità cefalica, il parto non è mai così anormale e difficile, come nella donna. Tuttavia accadono lacerazioni del setto vagino-vescicale, e queste più comunemente per l'azione ostetrica non sempre troppo gentile trattandosi di puerpere poco delicate e di stromenti analoghi.

Il Prof. Perosino, stato per 16 anni Direttore d'uno stabilimento di allevamento cavallino (*mandria*), mi assicurava non aver mai osservato perdite d'orina nelle cavalle in conseguenza di parti difficili e di lacerazioni vagino-uterine, essersi anzi accertato che, quando codeste avvenivano, andavano a pronta guarigione.

Ugual risposta m'ebbi dal Signor Bassi Professore di Patologia e operazioni chirurgiche, confortata dalla sua esperienza e dalla lettura di una lunghissima serie di giornali di Patologia Veterinaria.

Non contento di questi ragguagli volli assicurarmene colla sperimentazione diretta, producendo artificialmente fistolose aperture nelle cavalle per osservarne l'andamento.

Devo alla somma cortesia dello stesso Prof. Bassi l'aver potuto farla, e lo ringrazio qui pubblicamente di quest'atto di scientifica fratellanza.

Gli esperimenti furono tre:

## 1.° Sperimento.

Il soggetto di questo è una cavalla d'anni 10, di razza *percheronne*, mocciosa da 3 mesi, e in istato di sensibile deperimento.

Il risultato positivo dello sperimento, cioè la guarigione spontanea della fistola, che si stava per produrre artificialmente, dovea riuscir molto concludente, mentre inconcludente e nullo sarebbe stato il negativo in grazia della malattia, dalla quale era l'animale cronicamente affetto.

Alle 10 antim. del 4 ottobre, alla presenza di parecchi alunni della Scuola Veterinaria, disposta ogni cosa e data al soggetto dello sperimento l'opportuna giacitura, il Prof. Bassi con un lungo e appuntato bistorino portato sino alla metà della parete vagino-vescicale fa una larga breccia, dalla quale esce uno sprazzo d'urina; dopo, afferrato un uncino e con esso l'angolo inferiore della ferita, l'allarga a segno che tre dita v'entrano facilmente e toccano il catetere previamente introdotto per l'uretra che si fa sporgere in vagina per la ferita; l'esplorazione ripetuta da me e dal sullodato Prof. Bassi ci assicura che la lacerazione del setto non ha meno di 3 centimetri di lunghezza ed uno circa di larghezza.

L'animale, rientrato nell'infermeria, e osservato quotidianamente, emette nelle prime 24 ore orine sanguigne e frequenti che rigurgitano a traverso la ferita per la vulva.

Al 6.° giorno il rigurgito è compiutamente cessato. Le orine torbide, come sogliono essere nella razza equina, non son più miste a sangue; però l'orinazione è ancora frequente.

Dal 12.° giorno dallo sperimento in poi, l'animale sembra, in quanto alla funzione mittoria, essere nello stato normale.



Per l'assenza del Prof. Bassi non si procedè all'uccisione, a cui la povera bestia è condannata dall'incurabilità dell'affezione mocciosa e dal bisogno di assicurarsi coll'autopsia del risultato dell'esperimento, sino al 7 di novembre.

L'apparato genito-urinario, diligentemente staccato ed esaminato, lascia appena riconoscere il punto della lesione praticatavi. La cicatrice è solida, sporgente dal lato della vagina; il setto, in quel tratto, si sente più spesso e resistente; evidentemente essa data, a dir poco, da più di 15 giorni.

#### 2.° Sperimento.

L'8 novembre, alle ore 10 antim. alla presenza di molti alunni, coll'istesso procedimento già descritto nella osservazione antecedente, il Prof. Bassi pratica una larga breccia nel setto vagino-vescicale in una cavalla d'anni 15, di razza italiana, macilenta e affetta da bolsaggine.

Esplorandola, la mia mano penetra *tutta quanta* in vescica a traverso alla lacerazione, che non ha meno di 6 centimetri di lunghezza nella direzione antero-posteriore.

Dò qui l'osservazione dei seguiti dell'operazione diligentemente osservati e notati dall'alunno sig. Luigi Sauzade.

L'indomani dello sperimento un liquido siero-sanguinolento cola dalla vulva, che si socchiude sovente per dargli uscita; v'ha rigurgito d'orina ad ogni colpo di tosse assai frequente. In pari tempo le due grandi funzioni dell'economia, circolazione e respirazione, sono più accelerate. L'animale però consuma l'ordinaria sua razione.

Il 10, lo stato febbrile non è cessato; la cavalla s'at-

teggia a marcatura (*se campe*); fa violenti sforzi d'orinazione; le strie sanguigne non hanno notevolmente diminuito.

L'11, miglioramento di tutti i sintomi; l'inarcatura è meno frequente; le strie sanguigne sono compiutamente scomparse, ma l'appetito, è inerte. Solamente al 12 le funzioni digestive si mostrano ristabilite; l'animale è allegro; raccoglie le briciole della mangiatoja, in una parola sembra rimesso in istato normale, tranne l'espulsione un po' frequente ancora dell'orina divenuta naturale.

Nei giorni successivi, cioè dal 13 al 20 novembre (epoca dell'uccisione), nulla v'ha di mutato nello stato sovraccennato. Tutte le funzioni sono regolari di guisa che si ha motivo di credere alla guarigione della artificial lesione.

Cinque giorni prima dell'uccisione del povero animale, si vuol accertare la presunzione anzidetta. L'esplorazione vaginale fatta dal Prof. Bassi risponde affermativamente; l'autopsia fatta al 20 novembre la conferma luminosamente.

Difatti il pezzo anatomico dimostra, che lo scalpello avea penetrato fra lo sbocco degli uretri. La cicatrice è regolarissima, piccola, imbutiforme, e dalla sua solidità si trae la certezza, che il rimarginamento della lacerazione data da parecchi giorni. La cicatrizzazione pertanto della breccia artificiale s'era operata in *sette giorni*, a dir molto.

Ai riferiti sperimenti prevedo un'obbiezione; ed è che queste propriamente non possono dirsi fistole. Lo ammetto: Erano però larghe breccie, grandi quanto le più larghe fistole umane; e il non aver infistolito in onta all'età, allo stato di deperimento di entrambi i soggetti, all'affezione mocciosa del primo, alla bolsaggine del secondo che facea ad ogni colpo di tosse rigurgitar l'orina,



dimostra anzi la bontà della cura proposta e il bisogno di ricorrervi fin dai primi giorni del puerperio, epoca in cui la guarigione delle lacerazioni puerperali può essere molto ajutata dal processo di riduzione degli organi generativi, circostanza che (per notar tutto) mancava negli sperimenti da me istituiti.

Era mia intenzione, per meglio imitar, in quanto era fattibile, il meccanismo delle maggioranza delle fistole puerperali, di procurar un'escara che dovesse staccarsi, lasciando una comunicazione ulcerosa tra il cavo vescicale e la vagina: Perciò in un *terzo sperimento* tentato su una vecchia asina, previa l'introduzione dello specolo, si tentò di farla con un cauterio arroventato; disgraziatamente, essendo questo scorso troppo in alto, la cauterizzazione intaccò il periteneo, e, vuoi per questo fatto, vuoi per la decrepitudine del soggetto, ei non sopravvisse che poche ore allo sperimento.

Ora stò ritentando colla potassa caustica e, se mi riescon bene la produzione e il distacco dell'escara, in una parola il crepaccio *mediato* del setto retto vaginale, ne intratterrò più tardi i miei lettori.

Essendo però unico scopo di questi sperimenti non di stabilir un principio già di per sè inconcusso, ma solo di persuadere con fatti di fisiologia comparativa i Colleghi e le povere malate a tentar un mezzo, che poggiato alla sola logica, per quanto probante, non avrei osato proporre di primo acchito, io credo che i suddetti due sperimenti bastino. D'altra parte desidero che sieno tentati da altri più potenti di mezzi sperimentali e d'ingegno.

Questi, che abbiám fatto il Prof. Bassi ed io, rimarranno, se non altro, come i primi (per quanto io ne sappia) del modo di comportarsi delle lesioni meccaniche del setto vescico-vaginale nei quadrupedi.

La possibilità frattanto della guarigione spontanea di

una lacerazione recente di tutta la spessezza del setto *vescico-vaginale*, tuttocchè ampissima e pel solo fatto della posizione nella quale la parete della vescica, che nella donna è più declive, si trova naturalmente la più alta, è sperimentalmente dimostrata, tanto per lo meno da prestar fondamento serio a cimentarla nella razza umana.

## § II.

La è questa, lo riconosco, la rupe Tarpea della difficoltà pratica. Gli è qui dove incomincia la parte più seria del mio lavoro; imperocchè, per quanto io sia convinto, specialmente a proposito di fistole, della verità del noto adagio « *sublata causa tollitur effectus* » e che nel più dei casi e coll'adozione dei temperamenti che sarò per consigliare, si possa, si debba anzi sperare d' avere per lo avvenire a curare fistole recenti, diciam pure recentissime, tuttavia, nel miglior degli eventi, non può presupporsi la guarigione sicura, assoluta, quale si richiede in questa specie di ulcere, a meno di un tempo, relativamente al disagio, assai lungo.

Si tratta adunque di sciogliere praticamente il quesito di far serbare alla paziente la posizione prona per tutto quel tempo.

Io ho meditato un pezzo su questo tema, ho meco stesso discusso le ragioni del pro e del contro di questa possibilità, ho sperimentato nuovamente; ed ecco che cosa conchiudo.

La giacitura ventrale, che a mala pena s' ottiene per pochi minuti in alcune operazioni (rivolgimento postico; fistola orinaria, metodo americano, Bozenam) mettendo con suo grande disagio la donna sui gomiti e sulle ginocchia, sarebbe un'utopia, quando la si volesse ottenere un po' continuata, o quale si può durarla in un letto



anche coi soliti ripieghi di cuscini, di sostegni a piano più o meno inclinato.

Certamente (e questa dichiarazione mi salvi dall'amplesso dei Mevii) io non sono stato il primo, che abbia avvertito il vantaggio della giacitura prona, nella cura della fistola. Già abbiám veduto (pag. 39) come il Levret copiato dal Bozenam se ne valesse per rendersi più facile l'atto operativo. Con uno scopo analogo, cioè sempre subordinato alla riuscita dell'operazione preliminarmente fatta, già il Leroy d'Etioles, parlando delle ordinarie conseguenze della medesima, scriveva « Comme, dans le decubitus sur le dos, la fistule occupe la partie la plus declive du reservoir, et que l'urine a plus de tendance à suinter par cette ouverture qu'à s'engager dans les jeux de la sonde, on a imaginé de faire coucher la malade sur le ventre; malheureusement cette posture *contraire aux intentions de la nature* (?) n'a pu être longtemps supportée; des escarres se sont formées aux genoux, aux crêtes iliaques et il a fallu y renoncer. *Il est vrai que toutes les precautions convenables n'avaient pas été prises pour que cette position gênante fût longtemps supportée.* Pour éviter de soumettre constamment à la pression les parties saillantes du corps, j'emploie en ce moment un chassis (telaio) suspendu muni de sangles indépendantes, de la largeur de la main, que l'on peut tendre ou relacher isolement suivant que la pression sur tel ou tel point du corps devient douloureuse. C'est le lit pour les fractures de Daujon (1), sauf une disposition appropriée aux seins et au soutien de la tête. J'en fais l'essai en ce moment et la malade s'en trouve bien: *Supposons*, toutes fois, l'insuffisance de cette modification. » Qui Leroy propone altri compensi operativi.

(1) *Arsenal de Chirurgie Contemporaine*, par Q. Gaujot. Paris, 1867, pag. 473.

Quanto ha durato, quanto ha potuto durare col letto di Daujon, codesto sperimento? L'autore nol dice. Certo non tanto da aver avuto un risultato positivo, poichè pare già egli stesso dubitarne colle ultime parole che ho citato; e poi, se ciò fosse stato, ei si sarebbe affrettato a darne pubblica notizia.

Ma, perchè non fu ritentata la prova con altri amminicoli? perchè, domando io, attorno a questo modo di giacitura, cotanto importante per sè ed anche per la riuscita della cura, i chirurghi non hanno sfoggiato tanto ingegno quanto ne spesero nell'escogitare e raffazzonare una moltitudine di metodi e di stromenti operativi??

La difficoltà pratica, dice il Leroy, sta nel non essere la postura ventrale lungamente sopportabile, perchè *contraria alle intenzioni della natura*.... Condono all'autore questa inqualificabile sua pretesa di penetrarne i segreti di gabinetto, e do invece molto maggior peso alle escare, che si formarono alle ginocchia, alle creste iliache.

Mi si permetteranno però due osservazioni: — La prima è, che il letto era probabilmente un letto ordinario orizzontale, non elastico; difatti egli aggiunse: « il est vrai que toutes les précautions n'avaient pas été prises pour que cette position gênante fût long-temps supportée.... » — La seconda che, se le escare si formarono, ciò significa che quella posizione, tutto che incomodissima in un letto non fatto *ad hoc*, fu tenuta un pezzo; tutti difatti sappiamo quanto tempo ci voglia a formarsi i decubiti nella più omogenea posizione supina dei malati anche di malattie adinamiche.

Prendo atto di questi particolari narrati dal Leroy, perchè essi dimostrano che, a riuscire, non s'avrebbe che ad evitare, o moderare gli effetti di una lunga pressione su quei punti del corpo, nei quali la sporgenza delle ossa coperte da una pelle sottile e meno avezza agl'attriti produce le escare, sebbene, come vedrà il let-



tore, sia ciò quasi superfluo, avvegnachè noi del vantaggio della posizione quadrupede non abbiamo mestieri che per quel tanto che si riferisce a quella sezione di scheletro, nella quale è contenuta la vescica urinaria.

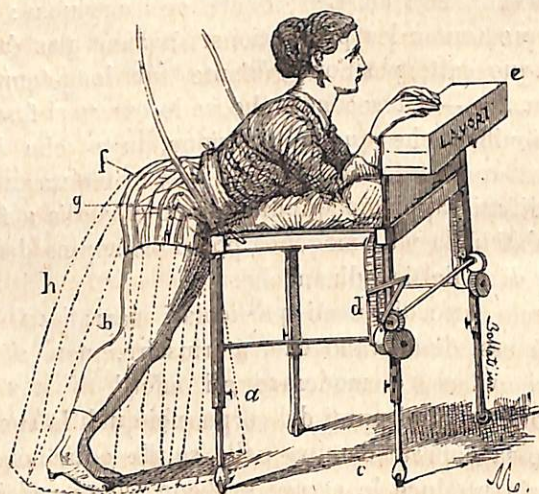
A noi basta ottenere, che la faccia anteriore della vescica sia più declive del suo fondo, che pertanto il pube, che vi corrisponde, guardi all'ing giù parallelo, o quasi, all'orizzonte (V. ancora Tav. 1.<sup>a</sup>), ch'ei rimanga immobile, o quasi, in quella posizione per tutto il tempo che la donna vi possa ragionevolmente durare.

È egli possibile ottenere tutto ciò? Io ho incominciato, altri forse continuerà meglio, e perfezionerà, come nelle cose meccaniche succede, quello ch'io, cittadino d'un paese poco industriale, non presento oggi che come un abozzo.

Per ora, ecco come io credo possibile riuscirvi.

Ho ideato un letto a tavolo, sul quale la donna può giacere od appoggiarsi soltanto, può riposare o locomuoversi, leggere, lavorare; condizione importante per poter ingannare il tempo.

Tav. 2.<sup>a</sup>

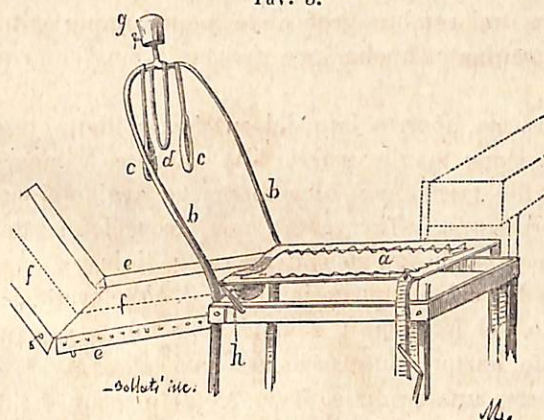


Questo letto è (V. Tav. 2.<sup>a</sup>) alto m. 0,85, (lunghezza media delle estremità inferiori, misurate dall'inguine, nelle donne un po' alte); con un facile congegno (*a*) nelle gambe del letto-tavolo, questo può alzarsi, abbassarsi, adattarsi in somma alla statura della donna, che vi si adagia sopra col tronco, rimanendo libere le estremità inferiori (*b*), colle quali può facilmente passeggiare e guidare, spingendolo avanti, il tavolo-letto reso mobile mediante apposite ruote giranti (*c*).

È largo di luce presa fra le due assicelle laterali, m. 0,50, quanto abbisogna cioè, affinchè sopravvanzi un po' da ambi i lati il maggior diametro trasverso del tronco muliebre, o bisiliaco, che è di 30 in 32 centimetri; è lungo appena m. 0,60, cioè quanto occorre per la lunghezza del tronco dal pube all'estremità superiore dello sterno a un dipresso.

Il fondo del letto costituito da un telajo mobile

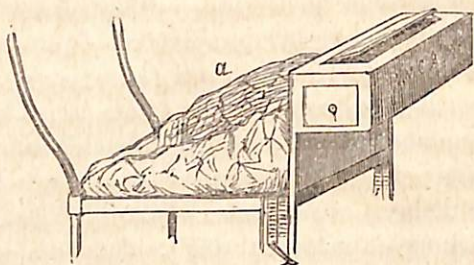
Tav. 3.



(Tav. 3.<sup>a</sup>, *a*) (più tardi si vedrà il suo uso) è di tela forte tesa a foggia di *hamac* ed orizzontale, ma facile, mediante un piccolo congegno a ingranaggio (Tav. 2.<sup>a</sup> *d*) a solle-



varsi a piano inclinato per volontà e per opera della donna. Sul medesimo stà un cuscino (Tav. 4.<sup>a</sup> a) o piccolo materasso elastico di foggia conica, ad aria od acqua (l'esperienza mi farebbe preferir la peluria, *edredon*, di oca), la cui estremità più grossa dee corrispondere al

Tav. 4.<sup>a</sup>

petto. Questo modo di sostegno soffice, comodo, modificabile dalla pressione volontaria, che può farvi sopra la donna, mi sembra preferibile a qualunque altro da me immaginato, anche per guarentir meglio le mammelle.

Le braccia, libere a lato del cuscino suddetto, possono operare come meglio piaccia alla giacente. A quest'uopo il capo del tavolo, più elevato per far argine ai cuscini, ha un cassetto (Tav. 2.<sup>a</sup> e), per lavori donneschi, che può servir anche ad uso di leggio e di desco.

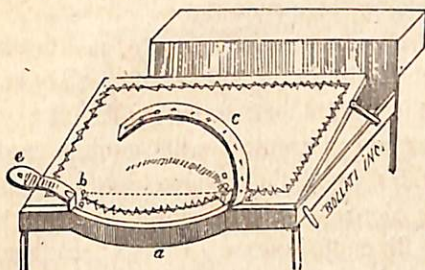
Dalle due colonne posteriori (Tav. 3.<sup>a</sup> bb) elevantisi sopra il livello del letto m. 1 e cent.<sup>i</sup> 10 o 20, e saldamente collegate, partono due fascie ascellari (Tav. 3.<sup>a</sup> cc) e dal loro mezzo una frontale (Tav. 3.<sup>a</sup> d) per poter variare, a scanso di soverchia noja e fatica, il modo di sostegno, e sollevare in posizione semi-verticale il tronco, fermo rimanendo il bacino.

Il bacino è immobilizzato nella posizione publica orizzontale.

Ecco l'importante!

A tal effetto, nella sbarra trasversale (Tav. 5.<sup>a</sup> a) della estremità del letto corrispondente alle pelvi è praticata una lieve incavatura, la meglio possibilmente adatta

Tav. 5.<sup>a</sup> (1)



alla convessità e alla forma del pube, solida arcata sulla quale l'esperienza propria mi ha dimostrato, che con un po'd'abitudine si può lungamente poggiare senza grande

disagio. Essa anzi par fatta a posta per servir di punto di sostentamento in alcune circostanze.

In un tempo, nel quale le interpretazioni teleologiche della destinazione, e degl'usi di certe parti del nostro corpo meno eloquenti, non si attingevano ancora, come oggidì grazie alla libertà del pensiero e di studii, ai responsi più grandi e più sintetici della natura, ma alla presunzione di una gretta creazione tutta a beneficio dell'uomo, fra le molte belle cose che ho imparato, vi fu anche questa sull'uso dei peli alle ascelle e al pube, che, questi particolarmente e il relativo pannicolo adiposo, fossero stati dati dal Creatore per moderare gli attriti!!

Io accetto nell'utile, perchè qui mi calza a pennello, questa grottesca funzione, attribuita per altre circostanze alle parti suddette, che è di una lampante verità pratica nell'argomento di cui tratto.

Nelle donne però, nelle quali per emaciazione il pettignone fosse meno imbottito d'adipe, io supplisco con

(1) Qui, per colpa dell' incisore, l'incavatura *a* rappresenta piuttosto, una sporgenza.



un calzoncino da nuoto (Tav. 2.<sup>a</sup>, *f*.) che calzi giusto e piuttosto stretto, il quale porti alla parte corrispondente alla regione pubica un cuscinetto, che si potrà facilmente variare di grossezza, di forma, di durezza. Per questo motivo io preferisco non imbottire la traversa di sostegno; imbottisco la parte sostenuta.

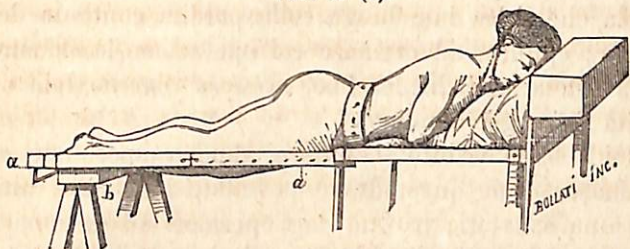
Ai due lati del calzoncino elastico e forte che fascia tutto il catino, lasciando libera la vulva sino alla radice delle coscie, sono attaccate forti fetucce (Tav. 2.<sup>a</sup>, *g*) destinate a immobilizzare alquanto, attaccandole agli occhielli laterali (Tav. 3.<sup>a</sup>, *bb*) della traversa, le anche. La parte più schierana e sicura dell'immobilità è devoluta ad una fascia dorsale di cuoio spesso (Tav. 3.<sup>a</sup>, *c*) larga da 10 a 12 centimetri che (cingendo da *d* la parte inferiore dei lombi), è solidamente fermata al punto opposto *e*, e chiusa, occorrendo, a catenaccio.

Questa è in complesso la base della cura.

Man mano che si presenteranno, verrò proponendo alcune aggiunte, che han tratto ad altri scopi della medesima in fuori della posizione.

Per ripetuti esperimenti personalmente fatti su un rozzo abozzo di letto, che feci appositamente costruire per cimentare la possibilità della giacitura, di mantenerla, e l'estensione della libertà dei movimenti delle parti non immobilizzate, posso assicurare, che l'immobilità assoluta (o a un dipresso) del bacino è conciliabile colla facoltà assai estesa delle funzioni delle membra, e pertanto delle ordinarie occupazioni della donna. Essa può leggere, scrivere, mangiare, bere, locomoversi, e finalmente riposarsi e dormire (Tav. 6.<sup>a</sup>) nel medesimo letto.

A tal uopo, nella lunghezza delle assicelle laterali della cornice del tavolo, vi sono due prolunghe (Tav. 6.<sup>a</sup>, *a*) che un inserviente trae fuori alla sera. Tra le medesime è tesa una tela divisa e allacciata nel mezzo

Tav. 6.<sup>a</sup> (1).

(Tav. 3.<sup>a</sup>, *ff*), sulla quale un picciol e sottil materasso serve al riposo delle estremità inferiori, le quali d'altronde, come il rimanente del corpo, meno il bacino, si ponno vestire (Tav. 2.<sup>a</sup>, *h*) e spogliare al solito e coprire di coltri, come ne' letti ordinarii.

Io non potrei dire, perchè non ho ancor fatto veruna osservazione pratica nel caso di fistola (e più sotto si vedrà in che modo soltanto io creda poterlasi fare) del mio letto, non saprei dire quanto tempo vi si possa durare, quanto sia, in media, il tempo necessario alla cura, quale il massimo, quale il minimo. Ciò naturalmente dipenderà dall'antichità o freschezza della lesione, dalla sua grandezza, dall'indole delle cagioni produttrici, dalle complicazioni. Potrà dipender anche dall'affidarne alla sola posizione (remozione dell'ostacolo) la cura, o dall'ajutarla anche con altri mezzi medicinali o operativi; dipenderà in somma da circostanze, che la sola esperienza potrà ulteriormente determinare.

In ordine alle complicazioni che possono ritardare la guarigione, allungando il periodo di sacrificio delle donne, io credo però fin d'ora poter consigliare un mezzo atto a rimuoverne una delle più essenziali, la *diminuzione* del cavo vescicale.

Qui, l'ho già notato, i chirurghi operatori si trovano in un circolo vizioso, imperocchè, a restituire (e ancora

(1) Tav. 6, *b*, cavalletto mobile.



lentamente), quella cavità, si richiede la chiusura della fistola che vi ha dato luogo colla perdita continua dell'orina; eppure, ad ottenere coll'operazione la chiusura della fistola, si richiederebbe, *nel loro concetto*, che la cavità fosse già ampliata.

Noi abbiain veduto (il lettore almeno spero ne sia persuaso) come quest'ultimo postulato non fosse altro che una sanatoria trovata dagl'operatori ad un metodo di cura che, credendo d'esser radicale, non può, ne' risultati, dirsi neanche palliativo. Nel mio (che potrà forse all'attuazione pratica, perchè indipendente dal medico e dipendente dalla volontà della donna, abortire, ma che è certamente, stando alla teoria delle fistole, *radicale*) tuttochè la suddetta diminuzione sia un effetto che, come la fistolosa apertura, deve (lentamente bensì come si produsse) ma pur deve cessare, io tuttavia, considerando un effetto, che certo reagisce come causa non unica ma essenziale, e che può se non altro prolungare la cura e le sofferenze relative, ne tengo pure grandissimo conto; e a tal effetto, credo si possa recar rimedio.

Se l'uretra non sia ostrutta, o sia ristabilita, venendo nuovamente l'orina, *non più perduta*, a vellicar l'imbuto sfinterico del collo basterà la posizione a ristabilir fin dai primi giorni la funzione mittoria.

Ma, abbandonato a sè, questo processo di ritorno fisiologico va necessariamente per le lunghe, e d'altronde, nei primi giorni della cura di fistole antiche, è impossibile che sotto lo sforzo mittorio (come notai nelle fistole artificiali delle cavalle) una parte d'orina non sia risospinta a rigurgitar pel morbosio tramite. Ad evitar il che e per guadagnar tempo, mentre la posizione, che rimuove la continua perdita dell'orina, svolge le naturali sue fasi verso la guarigione e il ripristinamento della cavità vescicale, io credo che l'arte possa venirle in aiuto con un mezzo meccanico artificiale semplicis-

simo, procurando cioè di attivare la dilatazione della vescica con qualche iniezione o, a dire più esattamente, istillazione per via della fistola stessa, fin che è aperta.

« Rien n'est plus curieux, dice Jobert de Lamballe, que le retablisement de la poche urinaire, après la guérison de ces pertes de substance énormes, qui, réduite à la proportion d'une coquille de noix, reprend ses dimensions. »

Non credo necessaria la guarigione, ma soltanto la restituita *ritentività* della vescica a promuoverne la riampliamento; e trovo il fatto niente curioso.

Nello stesso modo che vediamo gli organi atrofizzarsi, scomparire, diminuita o cessata la loro funzione, questi ricompajono per lo ristabilimento di questa. Non v'ha organo senza funzione, nè funzione senz'organo. Così noi vediamo scomparir il timo, la tiroide, le ghiandole succenturiate; chiudersi la cavità dell'uraco, dei vasi ombelicali, il foro di Botallo, una cisti; atrofizzarsi le ovaja, i bronchi, il polmone, cessata la funzione per la quale esistevano, e ristabilirsi invece per gradi la cavità di un organo cavo qualunque, non appena quella s'inizia o ricompare; l'utero è per ciò meraviglioso nella gravidanza uterina e ancora più nella estrauterina; ma assai più *meraviglioso*, per me, è il cavo del duro cranio che così sinergicamente si amplia col graduato svolgersi del cervello

Allo stesso modo la vescica urinaria, che ha passivamente perduto la sua capacità, deve (e i casi di chirurgia operativa lo comprovano) lentamente, ma interamente ricuperarla, restituendola colla posizione prona alla funzione contentiva che le compete; e poichè da principio, quando fosse come abolita, poca sarebbe la quantità di urina che potrebbe contenere, la quale impertanto non esercirebbe, per peso, quella pressione idraulica di fianco che è anche richiesta ad ottener



un effetto più pronto, io propongo di sostituirla con liquidi più pesanti e non disaffini alla vescica dapprima con mercurio, poi con olio, o con altre sostanze. Mercè la pressione, non riesciam noi a stabilir in pochi giorni cavità dove non ce n'hanno ad essere, p. e., sulla pelle delle membra, ne' cauterii?

Allo scopo suddetto un recipiente è attaccato alla parte culminante delle colonne del letto (Tav. 3, g), a un'altezza dalla fistola che si può variare, e dal medesimo parte un sottil tubo elastico terminante in un apice bottonato, il quale per la fistola s'introduce in vescica e vi rimane fintanto che non sia prossima a guarigione mutando all'occorrenza il genere di liquido, col sostituir agli anzidetti, quando paresse opportuno, un decotto di malva tiepido o leggermente belladonnato.

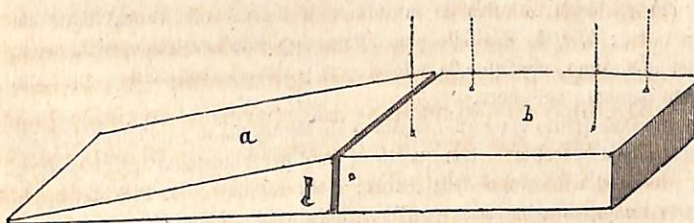
Io propongo di far questa istillazione per la fistola e non per l'uretra, perchè, come è noto, molti sono i danni del catatere a permanenza, perchè è sempre disaffine all'uretra, alla vescica, una corrente inversa della naturale, perchè infine il tubo proposto imita l'uretere; il liquido, entrante in vescica di continuo, agisce per peso e lascia libera la funzione dello sfintere, dell'uretra, che poco per volta si ristabilisce, cacciando, man mano che il rinasciente cavo vescicale si rifà, il soverchio del liquido contenutovi.

In pari tempo l'arte potrà agire sulla vagina, diminuendone il diametro longitudinale con un cuscinetto ipogastrico che, a traverso alle pareti addominali floscie delle puerpere, farà una facile ed efficace pressione dall'alto in basso sul fondo dell'utero, e corrugandola colle docciature fredde, diacciate, colle iniezioni fortemente tanniche o alluminose, anzi coll'applicazione di polvere d'allume, colle cauterizzazioni, medicandone le escoriazioni che d'altronde, scemato o tolto l'anormal passaggio delle urine, da sè guariscono.

Io, per la fede che ho nei principii meccanici che governano tanto il prodursi come il guarir delle fistole, credo, che colla semplice posizione, purchè la donna possa continuatamente, o quasi, mantenersi sino al termine, la fistola genito-orinaria, purchè con non troppa perdita di sostanza, debba guarire, aggiugnendovi tutto al più quei compensi, de' quali ho testè parlato per la via della vagina, la pressione ipogastrica, o servendosi tutto al più di *serres-fines* in qualche caso; la qual speranza mi è suggerita dalla tendenza che han tutte le ulcere non discrasiche, le ferite penetranti a prontamente rinserrarsi, levata la cagione materiale che per avventura le avesse tenute aperte.

Tuttavia, quando fin da principio o dopo qualche tempo si credesse utile qualche atto operativo, io credo che il mio letto di cura sarebbe il meglio adatto a presentare all'operatore la donna nella *per lui più comoda situazione e ad assicurar in breve l'esito* dell'atto operativo.

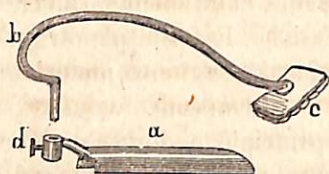
A tal uopo non si ha che a far salire il letto mediante un piano inclinato mobile (Tav. 7.<sup>a</sup>, *a*) su un piedistallo o zoccolo (Tav. 7.<sup>a</sup>, *b*) alto in modo che convenga all'operatore.

Tav. 7.<sup>a</sup>

Le estremità inferiori dell'operanda, fasciate lunghesso ognuna delle due prolunghe mobili (Tav. 3.<sup>a</sup>, *e e*) tratte fuori, saranno tenute divaricate da due aiuti e regolate a piacimento dell'operatore.



Il bacino, occorrendo, potrà essere sollevato più del tronco, mediante il congegno (Tav. 3.<sup>a</sup>, *h*) o due piccoli coni sottoposti alla sbarra publica del telaio. — Finalmente, per levar l'imbarazzo dei troppi strumenti e delle mani incagliantisi nel campo dell'operazione, col mio *specolo o doccia di spessorezza* (Tav. 8.<sup>a</sup> (1) sarà facile metter il meglio che puossi sotto l'azione degli occhi e dei ferri il punto da operarsi (2).

Tav. 8.<sup>a</sup>

Tuttavolta io son d'avviso che non si avrà, o si avrà raramente, a ricorrere ad operazioni, o alle più semplici soltanto intese a levar qualche briglia, a sciorre qualche aderenza, perchè l'esperienza delle altre fistole dimostra

che anche le callosità, gl'ispessimenti degli orli si modificano da sè, cessata la causa. S'aggiunga, che le gravi perdite di sostanza in organi cotanto mobili e soggetti a riduzione, come i genitali femminei, nel puerperio si scemano: Sul qual proposito appunto io credo, che breve riuscirebbe la mia cura statica, se le morbose lesioni del setto vescico vaginale, od altre puerperali, non si

(1) *a*, doccia, o valva da introdursi in vagina colla concavità rivolta in basso: *b*, stelo flessibile che si fissa, applicato lo specolo, nella cruna del medesimo, mediante la vite *d*: *c*, piastra imbottita da applicarsi esternamente sul sacro.

(2) Può questo esser di metallo o di legno, ma meglio ancor di vetro stagnato a specchio — con questo si può per riflesso vedere e seguire i progressi nel campo della fistola; è un vaginoscopio. Può star applicato un pezzo senza grave sofferenza in quelle donne che, avendo partorito, han lacera la forchetta, e possiam valercene per metter allo scoperto il punto della parete anteriore vaginale che dee ricevere la doccia o sul quale si debba in modo qualunque agire. Con un abbassatore di filo d'ottone, simile all'elevatore delle palpebre, è poi facile scoprir bene il punto fistoloso della parete della vagina.

lasciassero incronichire e infistolire; ma prontamente, come si dovrebbe, fossero curate.

Perchè la grave imputabilità che corre chi lascia sfuggir il momento opportuno d'operare nell'ernia incarcerata non sarebbe uguale, trattandosi di una affezione che, non curata in tempo propizio, si complica e incronichisce in modo, per la donna, peggiore assai della morte?

La quistione del tempo necessario a rimanere su questo nuovo letto di Procuste è certamente importante.

Io credo che, nelle più propizie condizioni di fistole piccole, recenti, particolarmente *immediate*, quattro o cinque giorni possano bastare.

Una fistola mediata raramente si dichiara prima dell'ottavo giorno di puerperio, soventi più tardi; in una storia minutamente narrata da quel grande pratico, che è lo Stoltz di Strasburgo, l'incontinenza premonitrice di una fistola vescico-uterina che fu riconosciuta più tardi coll'esame diretto, cominciò dal 22 al 24 giorno (1).

Anche al decimo od al duodecimo essa non ha ancora prodotto quelle conseguenze e complicazioni, per cui difficile, lunga, o richiedente compensi operativi, riesce la cura più tardi intrapresa. Già fin dall'ottavo o dal decimo giorno, salve eccezioni, una donna può giacere prona sul mio letto-tavolo. Il periodo di lochiazione (lo ripeto) è favorevolissimo alla cicatrizzazione delle lesioni materiali che accompagnano il parto. — La donna dovrà, potendolo, e può benissimo, allattare (2) — Non ve ne

(1) JOBERT DE LAMBALLE. — *Traité des fistules vescico-uterins*. Paris, 1832, pag. 14.

(2) Massima è l'influenza dell'allattamento sul ritorno fisiologico degli organi genitali dopo il parto. — Vedi il mio lavoro della *Febbre puerperale, dell'Eclampsia* e dell'*Edema acuto*. Torino 1839, pagina 98, nota 30.



hanno che, per elezione e per più comodo, allattano prone?

Sicuramente quando (e oggidì pur troppo è così) la fistola s'è incronichita, il tempo dovrà essere più lungo.

Io ho però sperimentato il mio letto; dal soggiorno niente incomodo, che io, sano, ho potuto farvi per oltre sei ore, ho ragione di argomentare che, se fossi affetto da infermità guaribile sicuramente con quel mezzo, ci starei volentieri e facilmente per molti giorni.

Tutta quistione d'abitudine! Chi non ricorda aver visto dei poveri infelici storpii camminar colle mani, scrivere coi piedi? Nella stessa cura operativa della fistola quanto tempo non si deve stare a letto, sopportando inoltre molti dolori? Bozenam, a detta dei traduttori di Churchill (1), impiega più d'un'ora nella sola dissecazione e cruentazione degl'orli della fistola, e la donna deve soffrire per quel tempo e più, stando sulle ginocchia e sui gomiti.

Non s'avvezza al cinto l'ernioso, non s'avvezza alla gamba di legno, a scriver colla mancina l'infelice monco, tanto da non quasi rimpianger più il membro perduto? All'abitudine presa dall'infanzia di seder sulle natiche e di giacer supini si può (quando un inte-

(1) « Au lieu de poser la malade dans le decubitus lateral M. Bozenam la faisait placer sur les genoux et sur les coudes. Cette position rend l'exploration des parties plus facile que dans le decubitus dorsal; de plus les hernies vésicales se réduisent de suite et l'écoulement des eaux se fait dans le vessie au lieu d'obstruer le vagin; mais elle a le grand inconvenient de fatiguer excessivement les malades et de les priver du bienfait de l'Anesthésie » tutte cose che si possono ottenere col mio letto. Perchè, domando io ancora una volta, la chirurgia non ha mai pensato a sfruttare quella giacitura, a renderla, se non altro, meno incomoda, anche solo in vista dell'atto operativo, ed è stata finora abbastanza ruvida e frochese da tenerla un'ora, fra i dolori di un'operazione, in una posizione non quadrupede, ma inumana?

resse così grave, come questo, lo consigli) sostituir quella di seder sul pube e proni in un meccanismo fatto e studiato a posta per renderla meno disagiata, che altri, specialmente nell'industrie Inghilterra, potrà più facilmente modificar in meglio.

Nei primi giorni si potrà andar per gradi (si potrà anche interromperla per i bisogni della funzione rettale, la mitoria facendosi ugualmente bene, se non meglio), onde avvezzar le parti nuove al nuovo decubito; il quale, d'altronde, non è tale che per rispetto al catino, potendo le parti sotto e sovrastanti muoversi in quella limitata sfera, che è loro concessa, che è assai larga per le estremità inferiori, meno per il tronco, ma che pure, permettendo un moderato esercizio, impedirà quello stato di cacochimia, che pure è tanta parte dell'incurabilità delle fistole, cui la dieta, le cattive digestioni, la lunga immobilità laterale o supina dan luogo nell'attual sistema di cura chirurgica.

Ma, consentendo anche che la lunga postura da me proposta per la cura di queste fistole sia incomoda (e nei primi giorni lo è sicuramente), quando lo sperimento diretto sulla donna dimostrasse, ciò che il comparato sugl' animali e la congettura mettono fuor ogni dubbio, che la guarigione assoluta, sicura, quasi sempre incruenta si può ottenere, la donna, quest'essere così mansueto e paziente, non è dessa capace di affrontarla?

Non si durano, nell'impossibilità di far diversamente, i lunghi e dolorosi decubiti per ferite, per fratture, per lussazioni spontanee, nei meccanismi ortopedici? La donna stessa non si sottopone a volte, per civetteria, a lunghe torture, p. e., a quelle del busto, a quella dei piedi, come s'usa in China? per fanatismo religioso non stà essa molte ore ginocchioni (i ginocchi hanno tutt'altra conformazione che di sostegno), non si soffrono, nei conventi di donne, lunghe torture poco dissimili da



quella di S. Simeone Stilita? La donna medesima condannata al lavoro, la lavandaia, non sta essa per 10, 12 ore in questa posizione prona, senza grande disagio o, certo grazie alla sua conformazione, con assai minore che non l'uomo?

Nulla v'ha di più malleabile della natura morale e fisica dell'uomo.

Qualunque abitudine si può rompere o innestare (lo sanno certi educatori) con un po' di perseveranza. — La donna, qui cotanto interessata a liberarsi d'un' infermità per lei peggiore della morte, come non accetterà un metodo di cura che s'indirizza più alla pazienza, di cui abbonda, che non al coraggio di cui ha difetto?

Se non che io comprendo benissimo la difficoltà pratica per lei e per la chirurgia di attuare la cura da me proposta. Questa difficoltà che, per conto mio, m'ha impedito di presentarmi con fatti compiuti di guarigione, è una difficoltà d'ordine piuttosto psicologico, che, a mio giudizio, si può di molto scemare col mezzo nel nostro secolo cotanto potente dell'associazione.

Mi spiego.

Vi sono sforzi, dei quali la natura umana è incapace isolatamente e che le sono facili in società. È vergogna, emulazione, o imitazione? Io non lo saprei dire; forse è un po' di tuttociò. Il fatto è, che quel giovane imbellè, che ha paura alla vista d'una pistola scarica, diventa un leone al fuoco in mezzo al suo reggimento.

La natura sociale dell'uomo si rivela nella virtù come nel vizio. Nissuno s'ubbria da solo. Pochi sono coloro, che freddamente si verserebbero una secchia d'acqua fresca adosso o s'avvilupperebbero da soli in un lenzuolo bagnato, e durerebbero, veri Scevola del gelo, per mesi in questo supplizio. Nissuno starebbe a diguazzar da solo nelle piscine di Loèche. L'associazione invece rende, non che facile, gradita questa tortura e

fa ogni anno la fortuna sanitaria di molti sciancati e la finanziaria dei loro Direttori sanitari. Della quale ultima poco sollecito, pel solo bene di tante infelici io applaudirò a quel primo che, pigliando in considerazione la verità inoppugnabile del principio patogenico da me prestabilito e del corollario curativo che ne deriva inevitabilmente, istituirà un *Ospizio speciale esclusivamente destinato alla cura delle fistole orinarie della donna*.

Sarebbe questa una vera ed utile specialità, fra le molte che non lo sono, colla quale si otterrebbero i seguenti vantaggi:

Facilità di ottenere dalle donne ottemperanza e docilità al metodo di cura.

Possibilità di farla col metodo quasi esclusivo della giacitura prona, la quale richiede ordegni e macchine difficili ad aversi e ad applicarsi fuori di un acconcio stabilimento.

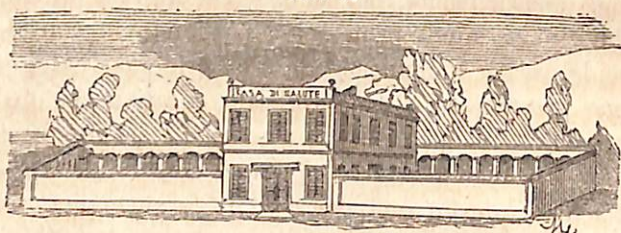
Segretezza per la mutua solidarietà delle inferme.

Ultimo il vantaggio della scienza pratica, che si avvantaggerebbe dall'osservazione continua ed esclusiva di un solo genere d'infermità finora cotanto ribelle ai noti metodi di cura.

L'Istituto dovrebbe preferibilmente sorgere in un clima sano e mite, per esempio in quello di Nizza, di Napoli o di Roma, acciocchè all'azione benefica della temperatura sul sistema generale e sul locale s'aggiungesse la distrazione, il moto e la possibilità di continuare il trattamento in qualunque stagione. La casa di ricovero per le donne dovrebbe constare di soli due piani e di due parti, una per le donne povere, l'altra per le agiate che pagassero. Entrambe dovrebbero alloggiare al piano terreno, a livello del rispettivo giardino, nel quale potrebbero locomoversi, riunirsi a conversare, a lavorare, insomma a quelle occupazioni donnesche che la loro eccezional postura temporanea loro permettono.



Un vasto porticato supplirebbe al giardino, ne' giorni piovosi.

Tav. 9.<sup>a</sup>

Gratuite

Paganti

Quando un Istituto simile sorgesse, quante, che ora vergognose si celano, o sconfortate dall'insuccesso operativo disperano, non vi accorrerebbero?

Come non vi accorrerebbero con speranza di una pronta e sicura guarigione quelle puerpere, che ora, in difetto d'Istituto apposito, son tenute, durante il puerperio, a bada, finchè l'ostetrico se ne lavi le mani, dicendo che ciò più non lo riguarda, o sono rimandate dagli ospizii di Maternità pel motivo, che i Regolamenti vietano che vi si curino?

Le specialità buone e da lodarsi, quando hanno per mira il maggior bene dell'umanità, sono biasimevoli quando, per isbarazzarsi di una cura difficile o lunga, si mascherano con regolamenti assurdi.

Quante infelici non sarebbero ritornate alla salute, all'amore di uno sposo, al vantaggio delle famiglie, se gli Ostetrici e i relativi Istituti non fossero così esclusivamente ostetrici!

## § III.

Concludo.

1.° La fistola genito-orinaria, da qualunque causa sia originata, è mantenuta, indipendentemente da quelle, dalla posizione verticale e supina orizzontale.

2.° La Chirurgia non toglie co'suoi processi opera-

tivi più o meno ingegnosi questa condizione statica, in cui risiede, per questa specie di fistole, l'ostacolo.

3.<sup>o</sup> L'unico mezzo di levar l'ostacolo che mantiene la fistola sta nella posizione inversa all'abituale della donna (tanto più a quella che raccomandano dopo l'operazione chirurgica) protratta fino a guarigione, o sola, o concorrentemente ai mezzi operativi nei casi di grave perdita di sostanza.

Con questa la ragione d'analogia, lo sperimento dimostrano, potersi ottenere la cura radicale direttamente, o coll'ajuto dell'operativa.

4.<sup>o</sup> Il letto da me proposto è di un'attuazione pratica possibile concorrentemente agl'altri mezzi da me pure indicati. Credo inoltre che il medesimo sarà un utile macchinismo negli Spedali per la cura della retroversione e per alcune operazioni ostetriche.

5.<sup>o</sup> Per ottener più facilmente la soggezione delle donne al metodo di cura proposto, sono indispensabili associazione e disciplina; e queste si possono avere solamente in un Istituto apposito.

6.<sup>o</sup> È desiderabile, che gl'Ostetrici, non appena riconosciuta una fistola genito-urinaria puerperale, procurino di indirizzarvi *al più presto* le puerpere.

Questi sono i corollarii a cui mi han condotto la pratica, lo studio, il desiderio del bene verso la migliore e più paziente metà del genere umano. La lesione essendo meccanica, come meccaniche ne sono le cagioni, io non ho saputo trovar miglior sistema di cura che nella Meccanica e spero che il fatto non mi contraddirà. La ragione della stazionarietà nella scienza è il disprezzo di queste leggi comuni, anche laddove più evidentemente comandano col pretesto di un romanzesco vitalismo, che io accetto solo nella disperazione del meglio.

Se avrò errato pertanto, non sarà certo per difetto di logica.



D'altronde in una infermità che, al giorno d'oggi, è pur sempre di guarigione difficile, non giugnerà forse inopportuno alla Chirurgia ingolfata per una sola via l'averne additato una nuova.

La cura chirurgica è incerta, lunga, richiede decubito prolungato, atti operativi ripetuti, dolorosissimi, le conseguenze dei quali sono qualche volta gravi o fatali. Nel miglior dei supposti l'incontinenza dell'orina ne è una sequela comunissima.

La cura statica, invece, ch'io propongo, richiede minor coraggio, ugual longanimità, ha (se non m'illudo) molti argomenti di probabilità. Infine, se non guarisce, migliora per lo meno, non peggiora lo stato dell'inferma.

Tentarla adunque non nuoce.

La fistola genito-urinaria, come ulcera, è cosa da poco e si trova pel fatto del puerperio in circostanze migliori delle ulcerazioni le più semplici.

Come cronicismo, la sua condizione è eguale a quella di tutte le altre fistole, dell'uretrite, delle ragadi all'ano, alla bocca, al capezzolo. — È una causa materiale amovibile che attraversa quella salutar tendenza all'*integrità*, che è legge degl'organismi sani. Sarei per dire che, più dell'ipotetico orrore pel vuoto ideato dagl'antichi, esiste realmente, nella natura organica, l'orrore della disgregazione la quale è sempre prodotta da una causa eccezionale, estrinseca. Rimossa che sia, prevale la tendenza al coalito.

Tant'è che questa si osserva perfino tra parti naturalmente separate ma contigue, per poco che cessi la ragion fisiologica della loro disgiunzione. Io mi son convinto che la massima parte di quelle aderenze pleurali (sempre attribuite alla pleurite), che l'autopsia ci rivela nelle puerpere che soccombono ad altre malattie, si sono fisiologicamente ordite negl'ultimi mesi della gestazione per il rallentamento degl'atti respiratorii pro-

dotto dal rannicchiarsi dei polmoni nel torace invaso dall' addome. Le superficie articolari stesse finiscono coll' anchilosarsi per lunga immobilità. Quanta difficoltà non s' incontra talora a tener aperto un cauterio in soggetti, d' altronde, niente sani? Da quest' orrore dei tessuti organici per la soluzione della loro integrità, detto altrimenti forza riparatrice, meglio che degl' unguenti o dei cataplasmi, raccoglie la Chirurgia la massima parte de' suoi allori.

L'ultima mia conclusione pertanto è codesta — che, se la cura della fistola genito-orinaria non diede finora migliori risultati, la colpa ne è stata, più che della malattia, dell' Arte.

---



115674



# INDICE

---

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| Al Lettore . . . . .                  | pag. iii |
| CAPO I. Preliminari . . . . .         | » 1      |
| » II. Anatomia topografica . . . . .  | » 2      |
| » III. Divisione . . . . .            | » 9      |
| » IV. Eziologia . . . . .             | » 11     |
| » V. Sequele, Complicazioni . . . . . | » 19     |
| » VI. Diagnosi . . . . .              | » 26     |
| » VII. Prognostico . . . . .          | » 29     |
| » VIII. Cura . . . . .                | » 30     |
| » IX. Chirurgia operativa . . . . .   | » 31     |
| » X. Estimazione . . . . .            | » 36     |
| » XI. Cura statica . . . . .          | » 52     |

---





## ALTRI LAVORI DEL PROF. GIORDANO

De Placenta, Theses Physiolog. Pathol. et Tocologica 1843.

Osservazioni di un caso di gastroisterotomia e Cenni di tre altri, praticati sulla donna viva 1854.

Dell'Ostetricia in Piemonte, Prolusione 1857.

Rendiconto della Clinica Ostetrica, Prolusione 1859.

Della febbre puerperale, dell'eclampsia e dell'edema acuto delle puerpere, Prolusione 1860.

Alcune idee sull'ordinamento degli Studii Universitari del Regno, 1860.

Lezione di Commiato, 1860.

Madre o figlio? Prolusione 1861.

Dei vizii pelvici, dell'Ostetricia, del Matrimonio nei loro mutui rapporti, Prolusione 1862.

Cesari e Agrippi, Prolusione 1863.

Des vomissements incôercibles pendant la grossesse, Paris 1866. Prezzo Lire 1.

Urgentiora et Frequentiora Artis -- Piccolo Breviario tascabile ad uso dei Sanitarii d'Italia, 1866.

Zolfo e Cholera, 1867.

*Di prossima pubblicazione:*

Dei Sensi.